J. Bouvyer

TRAITÉ
DES
MALADIES DES YEUX.

TOME PREMIER.

DE L'IMPRIMERIE DE FIRMIN DIDOT,
IMPRIMEUR DU ROI, DE L'INSTITUT, ET DE LA MARINE,
RUE JACOB, N° 24.

TRAITÉ
DES
MALADIES DES YEUX,

AVEC DES PLANCHES COLORIÉES

REPRÉSENTANT CES MALADIES D'APRÈS NATURE,

SUIVI

DE LA DESCRIPTION DE L'ŒIL HUMAIN,

TRADUITE DU LATIN DE S. T. SOEMMERRING,

PAR A. P. DEMOURS,

Médecin oculiste du Roi et des Maisons de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, Chevalier de la Légion, Médecin de l'ancienne Faculté d'Avignon, Docteur-régent de l'ancienne Faculté de Paris, Membre de la Société académique et de la Société de Médecine de la même ville, associé de celles de Marseille, de Bruxelles et d'Orléans.

TOME PREMIER.



A PARIS,

CHEZ L'AUTEUR, RUE DE L'UNIVERSITÉ, N° 19,

ET CROCHARD, LIBRAIRE, RUE DE SORBONNE, N° 3.

1818.

AU ROI.

SIRE,

Lorsque Votre Majesté daigna m'admettre à remplir auprès d'elle les fonctions que mon père avait exercées auprès de Louis XVI et de votre auguste aïeul, les premières paroles de bonté que Votre Majesté me fit la grace de m'adresser, me déterminèrent à exécuter cet ouvrage. C'est le fruit de la longue expérience de mon père et de ma pratique personnelle. C'est l'héritage de mon fils auquel j'apprends, à mon tour,

à chérir votre personne sacrée, et à bénir son gouvernement, en attendant que lui-même puisse un jour, par d'utiles travaux, obtenir un regard de son Roi.

Je suis, avec le plus profond respect,

SIRE,

DE VOTRE MAJESTÉ,

Le très-obéissant et fidèle sujet,
DEMOURS.

AVERTISSEMENT.

JE crois devoir placer ici quelques explications nécessaires à l'intelligence des différentes parties de ce traité; elles éclairciront aussi certains détails de composition.

Les Mémoires à consulter contenus dans les tomes II et III, dont la date est antérieure au 1er janvier 1795, ont été adressés à mon père: j'ai reçu les autres. Les réponses ou consultations dont la date est antérieure à la même époque ont été faites par mon père, et les autres par moi. Les Mémoires et les réponses *sans date* sont postérieures.

Quand au commencement ou à la suite d'une consultation de mon père, ou d'un Mémoire, le sujet m'a conduit à placer une réflexion qui m'est propre, le lecteur en est averti par un *N. B.*

J'ai donné seulement par extrait la plupart des pièces que j'ai choisies parmi celles qui sont en ma possession. Lorsqu'un homme

de l'art desirera lire en entier celles qui sont relatives à une des observations que je publie, ou même voudra en parcourir un certain nombre d'autres dont je n'ai fait aucune mention, je m'estimerai toujours heureux de lui ouvrir mes cartons, où il pourra consulter mes originaux, ainsi que les journaux de pratique de mon père et les miens (1) : j'en ai soigneusement effacé les noms de quelques malades qu'il ne m'a pas paru convenable de faire connaître, par exemple, lorsqu'il a été question d'un vice syphilitique.

Dans l'espoir que mes offres ne seront pas dédaignées, j'ai classé plus de deux mille Mémoires et consultations d'après les divisions indiquées par la table des matières du tome I, ou, ce qui revient au même, par les titres courants du même tome. J'ai choisi les pièces qui, après celles dont je donne connaissance, m'ont paru les plus propres à jeter du jour sur la nature et le traitement des maladies auxquelles elles se rapportent.

---

(1) Voyez tome I, page 364.

Il est presque superflu de faire remarquer que le mot *Mémoire* signifie par-tout *Mémoire à consulter*, et que plusieurs maladies sont quelquefois représentées par la même figure.

Les titres courants du tome I correspondant avec ceux des deux suivants, on peut, en jetant les yeux sur le haut de la page, et sans consulter la table des matières, passer d'un tome à l'autre, si, en lisant le tome I, on desire recourir aux observations, ou si on croit avoir besoin de quitter une observation pour consulter le texte du tome I.

Lorsque j'ai trouvé deux observations qui avaient quelque ressemblance, l'une dans le Journal de mon père, et l'autre dans le mien, j'ai cité, par préférence, la première, parce que j'étais dans l'usage d'abréger les remarques de pratique sur mon Journal quand celui de mon père en contenait d'analogues. Par une conséquence naturelle, j'ai donné beaucoup plus de Mémoires adressés à mon père, que de ceux qui m'ont été envoyés; plusieurs ne sont pas exempts d'incorrections; je les ai laissées, lorsqu'il m'a paru trop difficile de les

faire disparaître sans altérer le sens de l'auteur. Je me suis borné à abréger les réponses de mon père, sans y faire aucun autre changement remarquable. Il avait formé le projet de les publier avec un extrait des Mémoires qui leur sont relatifs. J'exécute aujourd'hui ce projet, moins heureusement qu'il ne l'eût fait, sans doute, mais avec un zèle égal au sien pour la science qu'il a cultivée, et pour la profession qu'il a honorée. Dans plusieurs des Mémoires que je publie, je n'ai pas hésité, lorsque le vrai sens n'en a point été altéré, à faire disparaître ces négligences de style, qui échappent inévitablement dans la rapidité de la rédaction, quand on n'écrit pas pour le public; je ne m'excuserai point de m'être permis à l'égard des auteurs ce que j'oserais attendre d'eux en pareille occurrence; dictées par le sentiment de toutes les bienséances, et dirigées par la plus scrupuleuse circonspection, de semblables libertés ne peuvent être irrespectueuses pour les morts ni offensantes pour les vivants.

Les figures qui représentent les maladies

des yeux ont été exécutées d'après les dessins faits en présence des malades; parmi ces dessins, deux seuls sont tellement ressemblants à deux figures qui se trouvent dans l'ouvrage du célèbre Wardrop, de Londres (1), que je n'ai fait aucune difficulté de donner celles-ci pour modèles; cependant, lors des retouches, j'ai fait ajouter quelques différences qui se remarquent dans mes deux dessins. *Voy.* fig. 3, pl. 41, et fig. 1, pl. 62.

Je ne terminerai pas sans adresser des remerciements à M. Laguiche, peintre habile que j'ai chargé de l'exécution de mes dessins définitifs; il a surveillé et dirigé la confection de mes planches. Le zèle avec lequel il s'est livré à ce travail lui a été inspiré par le plus ardent desir d'être utile, et ce sentiment a été partagé par tous les artistes que j'ai employés.

J'ai confié l'impression en couleurs à M. Langlois : si sa réputation n'était pas faite, la manière dont il a répondu à ma confiance suffi-

---

(1) Essays on the Morbid anatomy of the human eye. London, 1808.

rait pour le recommander à l'attention du public.

M. Durand, habile imprimeur en taille-douce a fait preuve, dans l'impression des planches d'anatomie, de son talent connu.

Je ne dirai rien de M. Didot; il y a long-temps que ce nom est devenu pour nos presses un éloge en France et à l'étranger.



PRÉFACE.

Je soumets au public le résultat d'un demi-siècle de la pratique de mon père et de vingt années de la mienne. Je ne sais si l'on trouverait en Europe un autre exemple de deux médecins qui, pendant une succession de soixante-dix ans consacrés à l'exercice, soit de la médecine générale, soit d'une seule de ses branches, aient fidèlement recueilli chaque jour sur des cahiers de pratique et d'après la méthode descriptive d'Hippocrate, les histoires des maladies traitées par eux, conservé les minutes de leurs réponses à un nombre prodigieux de mémoires choisis parmi une multitude d'autres ou moins intéressants ou retirés par les consultants; enfin, exécuté ou fait exécuter, en présence des malades, les dessins coloriés des cas graves ou singuliers que présentaient ces maladies.

Je me défie trop sincèrement de mes lumières pour m'élever ici à des considérations générales qui ne feraient que constater leur faiblesse et leur infériorité, si on venait à les comparer à celles qui, depuis un certain nombre d'années, ont tant contribué à la célébrité de leurs savants auteurs:

toutefois, sans sortir du cercle dans lequel je me suis renfermé, je voudrais être bien compris de mon lecteur sur un point essentiel de doctrine générale. Je suppose qu'il n'a embrassé ni la doctrine de *l'humorisme exclusif*, aujourd'hui généralement abandonnée, ni celle du *solidisme exclusif*, aussi peu fondée, et que les progrès les plus récents de la science lui ont appris que si, dans l'état actuel des connaissances, on ne peut plus dire que toutes les affections morbides, en général, sont le résultat d'une altération spécifique de nos humeurs, il est également impossible d'attribuer à la seule altération des solides, tous les phénomènes que présentent les maladies.

« On a exagéré sans doute la médecine humorale, a dit Bichat (1), mais elle a des fondements réels, et, dans une foule de cas, on ne peut disconvenir que tout doit se rapporter aux vices des humeurs. » En effet, s'il n'est pas permis de comparer les changements que les fluides peuvent éprouver dans le corps humain, à ceux qu'on pourrait leur faire subir dans des cornues ou des matras, il est aussi bien difficile de ne pas reconnaître que leur altération est une conséquence néces-

---

(1) Anatomie générale, Ire partie, page 256.

saire de celle des solides, et qu'il peut exister de la bile, de la salive, de la liqueur lacrymale, de l'urine viciées, lorsque le système lymphatique est vicié. On a trouvé récemment de la bile dans le sang des ictériques, et on a reconnu que plusieurs des principes constituants de l'urine avaient disparu et avaient été remplacés, dans une proportion très-marquée, par une matière sucrée, chez des malades affectés de diabètes. Cependant, en évitant également d'embrasser *l'humorisme* et *le solidisme exclusifs*, et en convenant que les liquides qui circulent dans nos corps ont une vie qui leur est propre et peuvent être altérés, soit antérieurement, soit plus souvent encore consécutivement à la lésion des solides, je reconnais que la révolution qui s'est opérée dans cette partie de la doctrine médicale, depuis la fin du dernier siècle, est fondée sur les progrès de l'anatomie pathologique, et j'avais conçu le projet de coordonner à l'état actuel de la science les pièces que je publie, en en faisant disparaître les mots *âcreté*, *épaississement du sang*, *humeur rentrée*, etc., etc.; mais j'en ai été détourné par des amis sages : ils m'ont objecté que ce serait ôter aux Mémoires et aux réponses leur cachet d'originalité; que chacun traduisait dans son système ce qu'il lisait, qu'autrement il faudrait renoncer à lire tous les ouvrages

antérieurs au siècle actuel. C'est par leur conseil que je me suis abstenu de rien changer, sous ce rapport, soit aux Mémoires à consulter, soit aux réponses de mon père ou aux extraits de son Journal, soit même aux extraits du mien d'une date antérieure à cette époque.

Ce qui ne changera jamais, c'est cette vérité reconnue par Hippocrate : *ubi stimulus, ibi humorum affluxus.* Quel que soit le système qu'il a définitivement embrassé, le véritable observateur a tous les jours, dans l'exercice de la médecine, des occasions aussi nouvelles que nombreuses de reconnaître par l'action des médicaments, combien est fondée cette sentence, qui explique l'effet dérivatif des substances purgatives sur le tube intestinal et celui des exutoires sur le système dermoïde.

Mes divisions ne sont pas nosologiques. Mon but n'était pas de donner un traité systématique de chaque maladie de l'organe de la vision, mais d'écrire d'une manière spéciale dans des vues pratiques : les différences que j'ai indiquées m'ont servi, pour ainsi dire, de cases dans lesquelles j'ai distribué mes observations.

On a blâmé plusieurs traités de ne pas faire assez connaître ce qui tient à la thérapeutique : je n'ai rien négligé pour que celui-ci ne méritât pas le même reproche, et si l'on trouvait qu'à cet

égard j'eusse encore laissé quelque chose à desirer, c'est que je suis convaincu qu'il faut, en général, employer peu de moyens tirés, soit de la médecine, soit de la chirurgie, pour combattre les maladies de l'organe de la vision. Certain de ne pouvoir m'égarer sur les traces du célèbre auteur de la *Médecine clinique*, j'ai adopté pour principe et j'ai constamment suivi la doctrine de ce savant professeur : « Comme je donne la plus grande extension à la médecine expectante, dit-il, et que j'ai toujours eu en vue de reconnaître jusqu'à quel point la nature, secondée par de légers secours, peut se suffire à elle-même, j'ai éloigné une source féconde d'illusions et d'erreurs (1). »

« Il faut toujours viser à la plus grande simplicité, et réduire aux formes les moins compliquées et aux moindres doses, l'appareil des médicaments (2). »

Aucun auteur n'a déterminé, avec autant de précision et d'après une observation aussi fidèle de la nature, les limites réciproques de ce qu'on appelle action et expectation en médecine, que M. le docteur Pinel, et je ne saurais trop engager le lecteur à consulter les ouvrages de ce médecin, rela-

(1) Pinel, Médecine clinique, 3e édit., page 500.

(2) Pinel, Dictionnaire des sciences médicales, art. *dose*.

tivement à cette importante ligne de démarcation: toutefois la médecine expectante a des bornes, et l'ophtalmie avec chémosis, accompagnée de dépôt dans la cornée, sur-tout si la maladie est due à un vice syphilitique, n'admet pas plus l'expectation que certaines fièvres qui exigent l'usage le plus prompt du quinquina.

En étudiant l'histoire des différents systêmes qui se sont succédé en médecine, il est aisé de voir que beaucoup d'observations, d'ailleurs utiles, ont été modifiées dans l'intention évidente de les mettre en harmonie avec des théories en vogue au moment de leur publication. Si l'on me soupçonnait d'avoir cédé à cet exemple; si quelques doutes s'élevaient sur l'exactitude de mon ouvrage, sous le rapport de la bonne foi et de la véracité, cette défiance n'atteindra pas, j'espère, ceux de mes confrères qui consacreront quelques instants à parcourir une partie des pièces relatives aux observations. Ils jugeront si j'ai altéré le sens des originaux en les abrégeant; je les invite, avec la même assurance, à examiner les modèles dessinés en présence des malades, et d'après lesquels ont été exécutées mes cent cinquante figures qui représentent les maladies des yeux.

Tout médecin digne de sa noble profession doit trouver bien à plaindre celui qui, en écrivant, a une autre ambition que celle d'être utile. L'infidé-

lité des observations, l'exagération ou la supposition de quelques succès, peuvent bien procurer à l'amour-propre des jouissances passagères et toujours disputées par la conscience; mais, ô vanité d'un semblable calcul! que l'on réfléchisse à ce que deviennent les réputations les plus colossales et les plus légitimement acquises dans l'art de guérir : souvent l'homme respectable qui a employé la moitié de sa vie à soulager ses semblables, voit leur confiance lui échapper tout-à-coup; heureux si le prix de ses sacrifices, de sa santé, de son repos, n'est pas anéanti par des malheurs publics ou privés, et s'il peut achever son honorable carrière à l'abri des infirmités et du besoin.

Le traité de Maître-Jan, publié il y a cent dix ans (1), a vieilli. Plusieurs des faits qu'il renferme resteront comme un témoignage de l'esprit d'observation de son estimable auteur; mais l'ouvrage a dû perdre de sa valeur par les progrès que la science a faits dans ce long intervalle (2). Beau-

(1) Traité des Maladies de l'œil, Paris, in-4°, 1707.

(2) Ce livre, qui a été si utile, n'était cependant pas le fruit d'une pratique très-longue ni très-étendue, comme on peut l'inférer de deux passages (pages 571 et 572) : « Mon premier « dessein, dit l'auteur, n'était que de faire un petit traité des « maladies du cristallin... m'étant contenté, *pendant plusieurs* « *années*, de faire seulement des remarques courtes et simples « sur les différentes maladies que je traitais, pour ne servir « qu'à mon instruction particulière, et n'ayant alors aucun « dessein d'écrire sur ces maladies. »

coup d'autres publiés depuis, sur cette partie de l'art de guérir, même dans des temps assez voisins, ne sont plus en rapport avec les progrès des sciences médicales, et avec la marche sévère adoptée de nos jours dans toutes les sciences naturelles. Le mien vieillira à son tour, mais j'ai la conviction qu'il portera toujours avec lui l'intérêt des faits observés; que si je les ai en apparence trop multipliés relativement à certaines affections, plus la science avancera, plus on trouvera dans leur réunion, et peut-être même dans plusieurs de ceux qui paraissent superflus, des détails instructifs que l'on n'y aperçoit point aujourd'hui; enfin, que les médecins chargés de consulter les maîtres de l'art, pourront le faire avec plus d'utilité, et exposer mieux que par de longs développements, la nature de la maladie, soit en indiquant dans les tomes II et III, le mémoire qui contiendra l'énumération des symptômes le plus en rapport avec ceux éprouvés par les consultants, soit en désignant celle des figures avec laquelle l'œil affecté a le plus de ressemblance.

J'aurais pu, je le sais, être un peu moins prodigue de mémoires, de réponses, de figures, et de certains détails; mais j'ai pensé qu'une semblable occasion de faire connaître un si grand nombre de faits ne se présenterait probablement pas de long-temps, et qu'une précision étudiée

serait embarrassante pour les lecteurs qui ne sont pas familiarisés avec la partie de l'art de guérir dont j'ai à les entretenir; enfin, je me suis dit, avec le célèbre Pott : « Lorsqu'on veut instruire plusieurs personnes dont l'intelligence et le jugement ne sont pas les mêmes, il peut devenir nécessaire de présenter le même objet sous différents points de vue, et de se servir d'expressions différentes pour présenter plusieurs fois les mêmes pensées. »

Occupé, sur-tout depuis quinze ans, à recueillir dans ma pratique journalière des faits relatifs au traitement des maladies des yeux, et des représentations exactes de ces affections, je n'ai pas dû, pendant ce long intervalle, demeurer étranger aux progrès de la science, et j'ai lu avec soin tous les ouvrages qui les constatent et les propagent. Dans le nombre, plusieurs marquent honorablement les premières années de ce siècle. Leur mérite, désespérant pour celui qui veut écrire sur quelque partie de l'art de guérir, m'a quelquefois découragé au point de me faire abandonner la plume; mais bientôt les solides instructions que j'y puisais me rendaient le courage, et j'ai fini par me persuader que, sans avoir le talent de leurs savants auteurs, je pourrais peut-être encore après eux rendre quelques services à la science. Si je n'ai pas fait mieux, il me siérait mal de chercher une

excuse dans les distractions inséparables des soins qu'entraîne un grand nombre de malades. Ne sont-ils pas encore plus distraits des travaux du cabinet, les doctes écrivains que je viens de désigner? Les uns, à la tête de vastes hôpitaux et livrés à la pratique la plus étendue, occupent encore des chaires entourées de nombreux élèves, auxquels ils démontrent, par les plus savantes leçons, que la belle science qui a pour but le soulagement de l'humanité, loin d'être purement conjecturale, compose son riche domaine de toutes les connaissances physiques et naturelles; les autres, tantôt exerçant au milieu des camps leur courageux ministère, et tantôt voyageant, comme Ambroise Paré, pour reculer les limites de l'art, font partout également admirer la profondeur de leurs connaissances et l'attrait attaché à toutes leurs productions, soit qu'ils fassent connaître au public ce qu'ils ont appris au milieu des périls de toute espèce, soit que, dans l'intérêt de l'humanité, ils indiquent aux gouvernements les améliorations dont les hôpitaux sont susceptibles, ou aux peuples éloignés les moyens de s'affranchir des fléaux endémiques qui les affligent. C'est ainsi que, dans ses recherches sur l'ophtalmie d'Égypte (1), mon savant et laborieux collégue, M. Roussille-Cham-

(1) Mém. et prix de la Société de Médecine de Paris, 1817.

seru, a traité, avec le talent qui le distingue, de différents objets d'hygiène publique, en rendant compte à la Société de Médecine de Paris des remarques recueillies sur cette maladie par M. le baron Larrey et par MM. les docteurs Bruant, Savarési, Renoult et Puguet.

J'aime toutefois à me flatter que le public accueillera avec quelque indulgence les efforts que j'ai faits pour rassembler tant de matériaux et les classer dans l'ordre que j'ai suivi; je n'éprouverais aucune incertitude à ce sujet, si je pouvais faire connaître les difficultés de tout genre qu'il m'a fallu vaincre pour parvenir à rendre, par la gravure, l'aspect que présentent les diverses maladies des yeux; ce n'est qu'après être arrivé au terme de cette laborieuse entreprise, que j'ai bien apprécié l'importance des services que mon savant et éloquent ami, M. Alibert, a rendus par la publication de ses magnifiques ouvrages.

Les progrès que les sciences médicales et les connaissances qu'elles supposent ont faits depuis la fin du dernier siècle, et ceux qu'elles font tous les jours, sont de sûrs garants des développements heureux qu'elles pourront encore recevoir. Le monument que des mains savantes leur élèvent en ce moment se distingue dans le nombre des bons écrits dont elles ont été enrichies. Honneur aux laborieux auteurs du Dictionnaire des Sciences

médicales, qui lui portent à l'envi les produits de leurs études, de leurs travaux et de leur expérience! Je dois ici de particulières actions de graces à ceux d'entre eux qui ont bien voulu m'encourager à publier mon ouvrage, en m'assurant qu'il aiderait à combler un vide dans la science.

Une autre considération m'a déterminé à cette hasardeuse publicité; j'ai cru que, dépositaire du fruit des veilles de tant de médecins estimables, et du résultat de la longue expérience de mon père, j'en devais en quelque sorte compte à l'humanité, et que j'avais contracté envers elle une dette qu'il était de mon devoir d'acquitter. Enfin, je ne m'en défends pas, j'ai voulu payer à la mémoire de mon père un tribut de respect, de tendresse et de reconnaissance; je me suis flatté de faire partager à mes contemporains l'estime dont les siens l'ont constamment et universellement honoré. Témoin de ses travaux, associé à toutes ses pensées, j'ai voulu conserver et transmettre à mon fils ces précieuses et honorables traditions; heureux si je pouvais lui transmettre aussi, dès ses plus tendres années, cet ardent amour pour l'humanité, ces soins patients et affectueux pour les malades, cette avidité d'instruction, cet attachement religieux à toutes les saines doctrines, cette simplicité de mœurs, ces vertus domestiques, toutes ces habitudes d'honneur et de bonté dont

mon père n'a cessé de me donner l'exemple, et dont le souvenir, constamment présent à ma pensée, soit au milieu des distractions d'une vie active, soit dans la solitude du cabinet, m'a toujours apporté des consolations et des encouragements.

Je ne sais si j'ai trop écouté un profond sentiment de vénération pour celui qui fut tout-à-la-fois mon maître et mon père, ou si j'ai seulement cédé au desir de compléter un ouvrage qui lui appartient autant qu'à moi, puisqu'il est le fruit de ses leçons; mais j'ai cru qu'il y manquerait quelque chose s'il n'était pas précédé d'une notice sur sa vie et ses travaux. En même temps, j'ai senti ce qu'exigeaient de moi, dans l'exécution de ce projet, certaines convenances dont mon respect pour le public ne me permettait pas de m'affranchir, toutes sévères qu'elles ont dû me paraître. J'ai donc laissé à des plumes désintéressées le soin d'apprécier mon père. *L'histoire de l'Anatomie et de la Chirurgie*, par notre illustre confrère M. Portal, et *la Biographie universelle*, par une société de gens de lettres, m'ont fourni les seuls documents dont je me sois servi: le lecteur ne peut s'intéresser qu'à sa vie et à ses travaux publics; c'est à sa famille à s'honorer de sa vie privée et à suivre l'exemple des vertus dont elle fut le modèle.

NOTICE

SUR M. DEMOURS, PÈRE DE L'AUTEUR,

Extraite de la Biographie universelle, par une Société de gens de lettres, et de l'histoire de l'anatomie et de la chirurgie, par M. PORTAL.

PIERRE Demours, médecin de la Faculté de Paris, médecin-oculiste du Roi, de l'Académie Royale des Sciences, censeur royal, et ancien démonstrateur et garde du cabinet d'histoire naturelle du Jardin du Roi, naquit à Marseille au commencement du siècle dernier. Jean-Antoine, son père, s'y était fait une grande réputation dans l'exercice de la pharmacie, et sa célébrité lui valut l'honneur d'être appelé auprès de Louis XIV, auquel il administra avec succès quelques préparations chimiques de sa composition. Il se fixa dès-lors à Paris, où il ne fit venir son fils, qu'après que celui-ci eut terminé ses premières études à Avignon. Pierre Demours les completta dans la capitale, par un cours de philosophie, au collége des Quatre-Nations, et par quelques cours de médecine. Admis au grade de bachelier, il retourna à Avignon pour y prendre le bonnet de docteur, à l'exemple de Duverney dont il fut bientôt après le disciple, et revint à Paris pour s'y perfectionner dans l'état qu'il venait d'embrasser.

Ce fut à cette époque que le célèbre anatomiste que nous venons de nommer annonça publiquement qu'il se

proposait de reprendre ses travaux, et qu'il avait besoin d'un élève en état de le seconder. Le docteur Demours se présenta concurremment avec plusieurs autres jeunes médecins et chirurgiens; il fut préféré, mais il ne jouit pas long-temps de cette honorable association; la mort, au bout de deux ans, lui enleva ce premier Mécène; alors il s'attacha à Chirac, intendant du Jardin du Roi, qui le nomma à la place de démonstrateur et garde du cabinet d'histoire naturelle de cet établissement.

Chirac, devenu premier médecin de Louis XV, songeait sérieusement à exécuter un projet qu'il avait formé depuis long-temps, celui de fonder à Paris une académie de médecine qui devait correspondre avec les médecins nationaux et étrangers, entretenir avec eux une sorte de commerce d'expériences, en recueillir soigneusement les résultats, et former, par ce moyen, un corps de doctrine fondé sur des faits avérés. Il destinait au jeune Demours une place dans cette société, et l'engagea en conséquence à étudier l'anglais, pour le mettre en état de correspondre avec les médecins de cette nation. Malheureusement Chirac mourut; Demours apprit bien l'anglais, mais sa place au Jardin du Roi, qu'il n'avait exercée que deux ans, fut donnée à un autre, et l'Académie de Paris n'eut pas lieu. C'est dans ce court intervalle que, s'étant livré sans partage à un goût tout particulier pour l'histoire naturelle, qu'il avait puisé dans la société du célèbre Duverney, le docteur Demours recueillit un assez grand nombre d'observations intéressantes et curieuses dont il sera question ailleurs. M. de Buffon a dit, en parlant de l'une d'elles:

« Ces remarques de M. Demours, un de nos savants « physiciens, sont judicieuses et pleines de sens, comme « tout ce qu'il écrit. »

La mort de Chirac avait dérangé les projets, mais surtout les études favorites du docteur Demours ; il songeait à retourner à Avignon, et s'y disposait même, lorsque Petit, le médecin, de l'Académie Royale des Sciences, lui proposa de l'aider dans ses recherches anatomiques, et lui conseilla de s'adonner au traitement des maladies des yeux, partie de la médecine dont il s'occupait lui-même uniquement, et dans laquelle il s'était fait une réputation distinguée. Le docteur Demours ne balança pas un instant à accepter des offres si conformes à son goût : il y voyait le double avantage de se fortifier de plus en plus dans l'anatomie comparée que Petit cultivait spécialement, et d'apprendre à connaître et à traiter les maladies des yeux, partie de la médecine alors trop généralement abandonnée à des hommes dépourvus de connaissances. Il travailla deux ans avec cet habile académicien, et profita de ses leçons et de ses conseils avec un tel succès, qu'il enrichit bientôt la théorie et la pratique de la médecine oculaire de préceptes utiles et de procédés ingénieux.

On ne peut douter qu'il n'ait exercé la médecine générale (1) avant de se livrer exclusivement au traitement des maladies des yeux. Toutefois il ne put songer à pra-

---

(1) Voyez la traduction des Essais et observations de médecine de la Société d'Édimbourg, par M. Demours, page 9 de l'avertissement.

tiquer les opérations qu'elles exigent, parce qu'étant le premier qui eût ainsi abandonné la pratique de la médecine pour en cultiver une partie déterminée, la foule de malades qui le consultaient ne lui laissait pas le temps de se livrer à la partie chirurgicale de cette branche de l'art à laquelle il s'était entièrement consacré : ses réponses aux Mémoires à consulter les plus importants forment sept gros volumes in-4°, tous écrits de sa main ; les dernières sont de l'année même de sa mort, arrivée à Paris en 1795. Dès 1769, l'Académie Royale des Sciences l'avait nommé associé vétéran : la Société Royale de Londres le reçut parmi ses membres, et quelques années auparavant il avait été nommé médecin-oculiste du Roi. Il joignait à ces titres honorables celui de censeur royal, dont il a exercé les fonctions pendant plus de cinquante ans.

Indépendamment de ses manuscrits dont on vient de parler, de nombreux ouvrages imprimés attestent cette ardeur pour le travail, qu'il avait manifestée dès sa jeunesse et qu'il conserva jusqu'à la fin de sa carrière. On n'entend pas rappeler ici la part qu'il eut aux recherches anatomiques du docteur Petit sur la carpe, sur l'œil du coq d'Inde, sur celui de l'espèce de hibou appelé *ulula*, sur les yeux de la grenouille et de la tortue, dont le docteur Demours dessina toutes les figures ; on remarquera seulement, à cette occasion, que, doué tout-à-la-fois d'un goût particulier pour la marche exacte des sciences naturelles, et d'un talent remarquable pour le dessin et la peinture, qui lui rendait inutiles les secours d'un crayon et d'un pinceau étrangers, il a dû, plus qu'un

autre, donner un grand caractère de vérité aux dessins originaux qu'il a laissés (1), et rassembler avec plus de discernement une foule prodigieuse de faits.

Les recueils de l'Académie Royale des Sciences contiennent plusieurs Mémoires du docteur Demours sur diverses parties de l'œil, notamment sur la structure cellulaire du corps vitré, sur le mécanisme des mouvements de la prunelle, sur la nature de la cornée (2). L'analyse savante donnée de ces différents Mémoires par M. Portal, dans son histoire de l'anatomie et de la chirurgie, les a suffisamment fait connaître à tous les gens de l'art; voici la nomenclature des autres ouvrages du docteur Demours.

Essais et Observations de Médecine de la Société d'Édimbourg, avec des observations sur l'histoire naturelle et les maladies des yeux. Paris, 1740 et suiv., 7 vol. in-12, fig. (3).

Essai sur l'Histoire naturelle du Polype, insecte; tra-

---

(1) On trouvera ces mêmes dessins reproduits par la gravure parmi les planches de ce traité.

(2) C'est dans ce dernier Mémoire que le docteur Demours a prouvé, par des expériences incontestables, que la cornée est une membrane particulière, et non une continuation de la sclérotique.

(3) Le traducteur a dessiné et gravé la figure jointe à l'observation sur la mydriase insérée à la fin du tome I; elle représente une coupe très-exacte du globe de l'œil, selon la direction de l'axe optique. C'est à la fin de ce même volume que se trouve son observation sur la fécondation de la salamandre aquatique, sans contact de la part du mâle.

duit de l'anglais de Henri Baker. Paris, 1741, in-8°, fig.

Description du Ventilateur, par le moyen duquel on peut renouveler facilement et en grande quantité l'air des mines, des prisons, des hôpitaux, etc.; traduite de l'anglais d'Étienne Hales. Paris, 1744, in-8°, fig.

Méthode de traiter les Plaies d'armes à feu, traduite de l'anglais de Jean Ramby. Paris, 1745, in-12.

Transactions philosophiques de la Société Royale de Londres, années 1736—1746, trad. de l'anglais. Paris, 1758—1761, 5 vol. in-4°.

Table générale des matières contenues dans l'Histoire et dans les Mémoires de l'Académie Royale des Sciences, tomes V à IX, in-4°. Paris, 1747 et suiv. Les quatre premiers tomes sont dus à M. Godin.

Lettre à M. Petit en réponse à sa critique d'un rapport sur une maladie de l'œil survenue après l'inoculation de la petite-vérole, contenant de nouvelles observations sur la structure de l'œil, et quelques remarques générales de pratique relatives aux maladies de cet organe. Paris, 1767, in-8°.

Nouvelles réflexions sur la lame cartilagineuse de la cornée. Paris, 1770, in-8°.

Nous ne pouvons mieux terminer cette notice que par le passage suivant, extrait du premier volume des Essais et *Observations de Médecine* de la Société d'Édimbourg, parce qu'il donne l'idée la plus exacte du caractère de l'écrivain, des principes qu'il a constamment professés, et, si nous l'osons dire, de cette conscience médicale qui présidait à sa conduite comme à ses écrits. « J'expose naturellement, disait le traducteur dans une observation

qui lui est propre, le bon et le mauvais succès des remèdes, persuadé avec les savants éditeurs des Essais et Observations de Médecine de la Société d'Édimbourg, qu'on retire souvent plus d'avantage de la connaissance des erreurs qui se commettent dans la pratique de la médecine, que de la lecture des observations où l'on ne trouve que des mentions de guérisons heureuses, succès quelquefois équivoques, ou dont l'histoire devient souvent inutile, parce que leurs auteurs, écrivant moins pour le public que pour eux, négligent les circonstances qui pourraient les rendre intéressantes pour les praticiens. Ce n'est que par une suite d'observations détaillées avec soin et candeur que l'on pourra enfin parvenir à une connaissance plus parfaite des maladies des yeux, partie de la médecine si importante, et dans laquelle le diagnostic est cependant ce qu'il y a de plus difficile, peut-être même ce qu'il y a de moins connu, faute d'une exacte notion de la structure de l'organe de la vue et d'une saine théorie de la vision. »

C'est dans cet esprit que le docteur Demours a rédigé pendant plus de cinquante années les remarques de pratique contenues dans son livre-journal, en s'abstenant constamment de tout système, en mettant de côté toute prévention, en suivant en un mot la méthode d'observation due à l'ancienne Faculté de Médecine de Paris, si renommée par la multitude des hommes célèbres qu'elle a produits, et à laquelle la Faculté qui l'a remplacée doit en partie son éclat actuel.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE PREMIER VOLUME.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TRAITÉ
DES
MALADIES DES YEUX.

Il est difficile qu'il ne soit rien échappé à la sagacité de ceux qui sont venus avant nous ; et nous laisserons sûrement des découvertes à faire à ceux qui nous succéderont.

PIERRE DEMOURS (*).

SECTION PREMIÈRE.

De la structure de quelques-unes des parties externes et des parties propres de l'œil.

J'ENGAGE le lecteur, qui voudra se rappeler la structure des parties dont je vais parler, à se munir d'une tête humaine sèche, qui lui sera sur-tout utile lorsqu'il consultera les planches de

(*) Traduction des Essais et observations de médecine de la société d'Édimbourg, avertissement, page x.

Soemmerring et leurs explications. La vue des deux orbites remplacera avantageusement la planche 7 de cet auteur, et la figure 1 de sa planche 3, que j'ai cru pouvoir me dispenser de reproduire.

Les parties externes du globe de l'œil sont: 1° celles qui servent à défendre cet organe; 2° celles qui servent à ses mouvements; 3° des nerfs et des vaisseaux.

Les parties qui servent à défendre l'œil sont: les fosses orbitaires, les sourcils, les paupières, les cils, la membrane appelée conjonctive, la glande lacrymale, la caroncule lacrymale, et les voies lacrymales.

Les fosses orbitaires sont deux cavités d'une forme très-irrégulière, situées un peu au-dessus de la partie moyenne de la face: leur partie antérieure est très-évasée; la postérieure, très-rétrécie. Ces cavités représentent des espèces de cônes, dont les bases se terminent à la face, et les pointes aboutissent en arrière vers le trou appelé optique. Les axes de ces cônes sont convergents entre eux, de manière qu'ils sont beaucoup plus écartés en avant que postérieurement: on les compare, pour les décrire, à des pyramides quadrangulaires qui présentent quatre faces, savoir: une supérieure, une inférieure, une latérale externe, et une latérale interne.

Les os qui concourent à former les orbites sont au nombre de sept, savoir: le coronal ou frontal, le sphénoïde, l'os de la pommette, l'os

maxillaire supérieur, l'os unguis ou lacrymal, l'os ethmoïde, et l'os du palais.

La partie supérieure de l'orbite est formée par le frontal et l'os sphénoïde; la partie inférieure par l'os maxillaire supérieur et l'os du palais; la partie latérale externe par l'os de la pommette et l'os sphénoïde; la partie latérale interne par l'os unguis, l'os ethmoïde, et l'os du palais.

Le frontal forme la portion antérieure de la paroi supérieure de l'orbite par sa partie appelée voûte orbitaire. La portion la plus reculée est formée par l'apophyse d'Ingrassias.

La paroi inférieure, qui est presque plane, est formée, en grande partie, vers son milieu, par la production orbitaire de l'os maxillaire supérieur: postérieurement l'os du palais y contribue par sa partie appelée portion orbitaire; l'os de la pommette forme un peu de sa partie antérieure.

La paroi interne, la moins large des quatre, est formée antérieurement par l'os unguis ou lacrymal, vers sa partie moyenne par cette portion de l'os ethmoïde appelée *os planum*, et postérieurement par le sphénoïde. La portion de l'os ethmoïde, que l'on a appelée *os planum*, est une lame très-mince de l'ethmoïde qui recouvre latéralement les cellules de cet os: sans cette lame, l'orbite communiquerait avec les cavités du nez; (*voyez* l'observ. 16, tom. II, page 42).

La paroi externe est formée, dans sa plus grande

étendue, par l'apophyse orbitaire du sphénoïde, et à sa partie antérieure par l'os de la pommette.

Des sept os dont l'orbite est composée, il y en a trois qui forment le rebord orbitaire, qui sont : le frontal, l'os de la pommette, et l'os maxillaire supérieur. Le rebord orbitaire est situé obliquement, de manière que sa partie interne est placée plus en avant que l'externe. Cette disposition fait que nous apercevons un peu les objets situés à droite et à gauche, sans tourner la tête ; ce qui n'arriverait point si la partie externe du rebord orbitaire se trouvait située aussi antérieurement que l'interne.

On remarque à l'orbite des ouvertures, dont les unes se trouvent à la partie antérieure de la face, et les autres dans l'intérieur de l'orbite; celles qui se trouvent à la partie antérieure de la face, sont : le trou sourcilier, le trou orbitaire inférieur, et les trous zygomatiques ou orbitaires externes.

Le trou sourcilier, qui a encore reçu les noms de trou orbitaire supérieur et de trou frontal, se trouve à la partie interne de l'arcade sourcilière du frontal. Ce trou donne passage au rameau frontal du nerf ophtalmique, et à des vaisseaux qui, de l'intérieur de l'orbite, vont se distribuer au front : il est quelquefois double, et souvent on ne trouve qu'une ou deux échancrures. Dans ce dernier cas, à chaque extrémité de l'échancrure est attaché un petit ligament transversal

qui protége le nerf et les vaisseaux, et les met à l'abri, jusqu'à un certain point, de toute compression ; lorsque ce petit ligament s'ossifie, il se forme un trou au lieu d'une échancrure.

Le trou orbitaire inférieur est l'ouverture antérieure du canal sous-orbitaire que le nerf maxillaire supérieur traverse en sortant de la fente sphéno-maxillaire pour venir s'épanouir dans la joue.

Les trous zygomatiques ou orbitaires externes sont pratiqués dans l'épaisseur de l'os de la pommette ; ils donnent passage à des filets très-grêles du nerf maxillaire supérieur qui viennent communiquer à l'extérieur de la face avec la portion dure du nerf auditif. Le nombre de ces trous n'est pas constant, et ils sont quelquefois si petits qu'on les aperçoit à peine.

Les ouvertures qui se trouvent dans l'intérieur de l'orbite, sont : le trou optique, la fente sphénoïdale, la fente sphéno-maxillaire, les trous orbitaires internes, distingués en antérieur et en postérieur, et le canal nasal.

Les trous optiques sont pratiqués dans l'os sphénoïde ; ils sont percés obliquement de dedans en dehors ; cependant leurs axes présentent moins de convergence entre eux que les axes des deux orbites.

Ces trous laissent passer, du crâne dans l'orbite, un prolongement de la dure-mère, la se-

conde paire de nerfs appelés nerfs optiques, et l'artère ophtalmique, rameau de la carotide interne.

La fente sphénoïdale est située à la partie latérale externe et postérieure de l'orbite. Elle est pratiquée dans l'os sphénoïde : il passe par cette fente, du crâne dans l'orbite, un prolongement de la dure-mère, la troisième paire de nerfs, la quatrième, la première branche de la cinquième, et presque toute la sixième. La veine ophtalmique traverse cette fente en passant de l'orbite dans le crâne.

La fente spléno-maxillaire s'ouvre dans la fosse zygomatique; elle se trouve à la partie latérale externe inférieure de l'orbite entre le bord postérieur de la production orbitaire de l'os maxillaire supérieur, et le bord inférieur de l'apophyse orbitaire de l'os sphénoïde. Cette fente donne passage à quelques rameaux de l'artère maxillaire interne, qui se distribuent à la graisse de l'orbite. Elle est fermée, dans l'état naturel, par le périoste orbitaire.

Les trous orbitaires internes sont percés, à la partie moyenne de la paroi interne de l'orbite, dans la même ligne : de ces trous, l'antérieur est presque toujours propre à l'os du front; c'est par lui que passent, dans l'intérieur des fosses nasales, l'artère ethmoïdienne antérieure, la veine du même nom, et le filet nasal du rameau

ophtalmique du nerf de la cinquième paire. Ce filet cause quelquefois l'éternuement, lorsque l'œil est frappé par une vive lumière (*voy.* l'obs. 144, tome II, page 241). Le trou orbitaire interne postérieur est presque toujours formé de deux échancrures, dont l'une se trouve à la partie supérieure de l'os ethmoïde, et l'autre au bord de l'os frontal. Quelquefois ce dernier trou est double : on en trouve aussi quatre au lieu de trois; mais rarement.

Le canal nasal est situé à la partie antérieure de la paroi latérale interne de l'orbite. Ce canal est formé de deux gouttières, dont l'une se trouve à la portion antérieure de la surface externe de l'os unguis ou lacrymal, et l'autre au bord postérieur de l'apophyse nasale de l'os maxillaire supérieur. Ces deux gouttières réunies forment un canal qui s'ouvre au-dessous du cornet inférieur du nez, et sert à loger le sac lacrymal et le conduit nasal. Le sac occupe la partie supérieure qui est la plus évasée. C'est cette partie de l'os unguis ou lacrymal que l'on peut percer pour ouvrir aux larmes une route artificielle, lorsque la route naturelle est obstruée sans ressource.

On remarque encore à la partie supérieure de l'orbite, du côté du petit angle, une cavité ou un enfoncement pratiqué à la partie externe de la voûte orbitaire de l'os frontal. Cette cavité sert à loger la glande lacrymale. On voit, du côté du grand angle, près de l'extrémité interne de l'ar-

cade sourcilière de l'os frontal, une petite dépression à l'endroit où est fixée la gaîne ou poulie cartilagineuse du muscle grand-oblique de l'œil. A la partie inférieure, derrière le rebord orbitaire de l'os maxillaire supérieur, on aperçoit des petites rugosités auxquelles s'attache le muscle petit-oblique de l'œil. Le prolongement de la dure-mère, qui entre dans l'orbite par le trou optique, se divise en deux lames; l'une, interne, accompagne le nerf optique, en lui formant une gaîne; l'autre, externe, en se confondant avec le prolongement de la même membrane qui entre par la fente sphénoïdale, tapisse toute la cavité de l'orbite, et forme le périoste orbitaire, qui communique avec celui de la face par la fente sphéno-maxillaire : ce périoste, arrivé au bord antérieur de l'orbite, rencontre celui de la face, avec lequel il forme, à la partie supérieure du bord de l'orbite, une espèce de ligament large; il en forme un autre moins large à la partie inférieure de ce bord. Ces prolongements servent à assujétir les paupières aux bords de l'orbite : ils ont été nommés ligaments des paupières par Winslow, qui, le premier, les a décrits.

Les plaies qui pénètrent jusqu'au périoste orbitaire sont souvent mortelles, parce que l'inflammation peut se communiquer facilement aux membranes du cerveau. Horstius rapporte qu'un paysan, ayant été blessé à la paupière supérieure, éprouva des douleurs de tête extraordinaires, à

la suite desquelles il fut accablé par un sommeil léthargique; il mourut au bout de neuf jours. A l'ouverture de l'orbite, on trouva une petite esquille d'os qui piquait la dure-mère; l'inflammation s'était communiquée avec tant de violence aux membranes du cerveau, que toute la partie antérieure de ce viscère était tombée en suppuration. Il est vrai que ce paysan fut blessé dans les grandes chaleurs, et que les plaies à la tête sont alors plus dangereuses (1).

Il y a deux cavités pratiquées dans l'épaisseur de la partie inférieure et moyenne de l'os frontal, que l'on a appelées sinus frontaux: ces sinus s'étendent, de côté et d'autre, plus ou moins, sur les bords des orbites, jusqu'aux trous sourciliers environ; ils communiquent avec le nez, dont ils font partie, par deux ouvertures qui se trouvent à la partie antérieure des bords de l'échancrure ethmoïdale. Comme ces sinus se prolongent au-dessus des orbites, et qu'ils sont tapissés par la membrane muqueuse des fosses nasales; dans les affections de cette membrane, on se plaint de douleurs aux yeux, tandis que la douleur, qu'on rapporte à ces organes, n'existe que dans la membrane pituitaire qui revêt l'intérieur des sinus frontaux.

Les parois internes des deux orbites sont presque parallèles, tandis que les extrémités anté-

---

(1) Horstius, tom. II, lib. II, obs. IV.

rieures de leurs parois externes sont très-écartées l'une de l'autre.

Les sourcils sont deux arcades de poils situés au bas du front, entre la partie supérieure du nez et les tempes, sur le bord supérieur des orbites : les sourcils (pl. 3, fig. 1) représentent un arc de cercle, dont la convexité est tournée vers la partie supérieure et la concavité vers la partie inférieure. L'extrémité interne est beaucoup plus considérable que l'externe; elle répond à la racine du nez, et se nomme la tête du sourcil : l'extrémité externe se termine en pointe vers l'apophyse orbitaire externe, où elle a reçu le nom de queue.

Les poils, dont les sourcils sont composés, sont plus forts et plus gros que les cheveux, et même que la barbe. Lorsqu'on les arrache, on leur voit, comme aux autres poils (pl. 3, fig. 2 et 3), une espèce d'oignon par lequel ils s'implantent dans le tissu adipeux. Leur direction n'est pas la même dans toute l'étendue du sourcil : ceux qui sont vers la tête montent presque verticalement; ceux qui sont vers le milieu se portent plus obliquement en dehors, et ceux qui sont vers la pointe se portent transversalement et descendent un peu. La forme, l'épaisseur et la couleur des sourcils varient dans les différents individus, et leur couleur est quelquefois différente de celle des cheveux dans les mêmes sujets. Ces poils croissent quelquefois au point de gêner la vue; alors

on est obligé de les arracher. La peau, dans laquelle sont implantés les poils des sourcils, est plus épaisse que celle du front, et il y a au-dessous beaucoup de graisse, ce qui augmente leur élévation.

L'usage des sourcils est d'empêcher que la sueur, qui coule du front, ne s'introduise entre les paupières, et, sur-tout, de modérer la trop grande vivacité de la lumière, en arrêtant les rayons qui viennent perpendiculairement, et qui, sans cet obstacle, parviendraient jusqu'au globe de l'œil; en effet on abaisse les sourcils lorsque l'œil se trouve exposé à une trop vive lumière.

Les sourcils ont des mouvements communs avec la peau du front, et avec celle qui couvre la tête. Par ces mouvements, on élève les sourcils et on les abaisse : on fait plisser la peau du front par des rides plus ou moins régulières, et on peut agiter plus ou moins le cuir chevelu. Il y a des gens qui, par ce seul mouvement, dérangent leur chapeau sur leur tête, ou même le font tomber : ces mouvements sont dus au muscle frontal, à l'occipital, et à l'orbiculaire des paupières.

Les paupières sont au nombre de deux; l'une, supérieure, l'autre, inférieure. La supérieure est la plus grande et la plus mobile dans l'homme. Dans la plupart des oiseaux, c'est l'inférieure qui est la plus mobile, et qui a le plus d'étendue : elles forment deux angles aux points de leur réunion. On appelle angle interne ou grand angle

celui qui est du côté du nez, et angle externe ou petit angle celui qui est du côté de la tempe. Les paupières, en recouvrant l'œil, servent à le garantir de l'impression des corps extérieurs, et, par leurs mouvements, à étendre l'humeur lacrymale sur la surface du globe de l'œil : elles servent à diriger cette humeur vers les points lacrymaux, et, enfin, à mettre l'œil à l'abri d'une lumière trop vive, qui pourrait blesser l'organe immédiat de la vue : elles sont formées par les téguments, par des nerfs, par des muscles, des ligaments, des cartilages, des glandes, et par la membrane appelée conjonctive.

Le tissu cutané des paupières est beaucoup plus mince que celui de la face, si on excepte celui des lèvres; on voit, au-dessous, du tissu cellulaire dans lequel la graisse ne s'amasse point, même chez les sujets qui ont le plus d'embonpoint : si la graisse avait pu s'y amasser, elle aurait gêné le mouvement des paupières, en mettant obstacle à la formation des plis qu'il fait exécuter à la peau dont elles sont recouvertes. Ce tissu cellulaire est très-susceptible d'engorgement, et est le siége de plusieurs maladies : lorsque le sac lacrymal est percé, les larmes passent dans le tissu cellulaire des paupières, sur-tout dans celui de la paupière inférieure. Comme le tissu cutané des paupières est continuellement plissé, et que ces plis ne peuvent pas avoir lieu sans qu'il y ait quelque léger frottement, ce tissu est enduit

d'une matière huileuse, qui est sécrétée par un grand nombre de petites glandes sébacées semblables à celles qui se trouvent aux ailes du nez, et dans les autres parties du corps où il s'exerce quelque frottement. Arrivé au bord des paupières, il semble se réfléchir sur leur surface interne. Là, il paraît avoir plus d'épaisseur que dans le reste de leur étendue. Il forme, dans cet endroit, une espèce de surface aplatie, tellement taillée en biseau, que, lorsque les paupières sont fermées, il y a, entre leur réunion et la surface antérieure du globe de l'œil, une petite rigole ou canal triangulaire, dont le côté le plus large correspond à la surface du globe. L'usage de ce petit espace (pl. 13 *au trait*, *y*.) est de diriger les larmes vers le grand angle. Quelques anatomistes ont dit que cette espèce de surface aplatie est formée par les bords des cartilages tarses, ce qui n'est pas. Elle n'est formée que par le tissu cutané. Les cartilages tarses ne sont pas plus épais vers le bord des paupières que dans le reste de leur étendue. C'est dans cette partie épaisse du tissu cutané que sont implantés des poils (pl. 3, fig. 4 et 5) auxquels on a donné le nom de cils, parce qu'ils se trouvent sur le bord des cartilages tarses que les Latins ont nommés *cilia*. Les cils de la paupière supérieure sont plus longs que ceux de la paupière inférieure, et ils sont proportionnellement plus longs vers le milieu des paupières que vers leurs extrémités. Il ne s'en

trouve point à une certaine distance de l'angle interne, de manière que la partie interne des bords des paupières n'en est point garnie : les oignons de ces poils sont implantés dans le tissu adipeux et non pas dans le cartilage, comme l'ont avancé quelques anatomistes. Les cils sont tellement courbés que la concavité de ceux de la paupière supérieure est tournée vers le front, et que la concavité de ceux de la paupière inférieure est tournée vers les joues. Si quelques-uns de ces poils viennent à changer de direction et à frotter la partie antérieure du globe de l'œil, ils y causent de l'inflammation. On les a vus blanchir subitement, comme les cheveux, par l'effet d'une vive impression morale.

Madame la baronne D*** était enceinte de six mois et demi, lorsqu'elle entendit tomber et crier un de ses enfants. Elle monta un étage en courant; la vive émotion qu'elle éprouva lui fit blanchir, dans l'instant, les cils des paupières de l'œil droit; l'enfant qu'elle portait cessa subitement de remuer, et elle fit une fausse couche onze jours après, le 31 décembre 1812.

Les muscles des paupières sont au nombre de deux; l'un, propre à la supérieure, et l'autre, commun à l'une et à l'autre. Ce dernier a été nommé orbiculaire des paupières (pl. 1, fig. 1), l'autre a reçu le nom de releveur de la paupière supérieure (pl. 5, fig. 1).

Ces muscles concourent, par une partie de leurs

fibres, à la formation des paupières: la portion des fibres de l'orbiculaire, située sur ces voiles mobiles, est la seule qui agit dans le mouvement continuel des paupières. C'est ce dont on peut s'assurer, en portant les doigts sur quelqu'une des autres parties du muscle, et en fermant et en ouvrant alternativement les yeux: on ne sent aucun mouvement de contraction.

Lorsque toutes les fibres de l'orbiculaire agissent à-la-fois, ce muscle abaisse les sourcils et la peau du front: il rapproche du nez la peau des régions temporales et des joues; il élève un peu la lèvre supérieure; et, enfin, il rapproche les paupières l'une de l'autre. L'orbiculaire, en se contractant, tire toujours un peu les paupières du côté du nez; lorsque la contraction est violente, il pousse le globe de l'œil assez fortement vers le fond de l'orbite.

La vélocité avec laquelle le muscle orbiculaire agit, quand l'œil se trouve en danger, est prodigieuse. J'ai vu des gens qui avaient eu toute la face brûlée par une explosion de poudre à canon, sans que les globes eussent été intéressés, parce que les paupières s'étaient fermées dès l'instant où les yeux avaient été frappés par la lumière de l'explosion.

Le muscle releveur ou élévateur de la paupière supérieure (pl. 5, fig. 1, *a. e.*) est situé à la partie supérieure de l'orbite, et s'étend depuis le fond de cette cavité jusqu'au bord inférieur de la pau-

pière supérieure; il s'attache à la partie supérieure du prolongement de la dure-mère, qui accompagne le nerf optique à son entrée dans l'orbite, par un tendon très-grêle et très-court, qui se confond avec le tendon du muscle droit supérieur de l'œil et avec celui du muscle grand-oblique. Le muscle releveur de la paupière supérieure, devenu charnu, se place sur le muscle droit supérieur avec lequel il est uni par du tissu cellulaire. En se portant d'arrière en avant, il décrit une courbe sur le globe de l'œil; arrivé environ à la partie moyenne de ce globe, il cesse d'être charnu, et dégénère en une large aponévrose, qui va se terminer au bord inférieur du cartilage de la paupière supérieure. L'aponévrose de ce muscle est placée à la paupière supérieure entre les fibres du muscle orbiculaire et la surface antérieure du cartilage tarse. Ce muscle relève la paupière supérieure en la portant en arrière.

Le mécanisme du releveur de la paupière supérieure est fort remarquable. Dans le levier qu'il représente, la puissance est la force du muscle, qui est toute dirigée vers le fond de l'orbite où il s'attache; le point d'appui est le globe de l'œil, et la résistance à vaincre est le poids de la paupière supérieure. Ce muscle n'a presque pas besoin de force pour relever cette paupière, parce que le point d'appui est beaucoup plus près de la résistance que de la puissance.

Après avoir renversé le muscle orbiculaire, on a à découvert les prolongements membraneux dont j'ai déja parlé, qui s'étendent des bords supérieur et inférieur de l'orbite au bord voisin des cartilages tarses : ils ont été nommés ligaments des paupières par Winslow. Selon ce grand anatomiste, ils sont formés par la rencontre du périoste de l'orbite avec celui de la face, qui se prolongent du bord de l'orbite au bord de chaque cartilage tarse, de sorte que ces ligaments et les tarses seuls, sans les autres parties, représentent des paupières. L'usage de ces prolongements est d'assujétir les paupières aux bords de l'orbite. Quelques anatomistes ont nié leur existence; d'autres ont omis d'en parler; mais si on dissèque ces parties avec soin, on ne manque jamais de les trouver.

Chaque paupière a un fibro-cartilage, auquel on a donné le nom de tarse : ils sont très-mous et très-flexibles, pour que le globe n'en soit pas blessé. Galien les a regardés comme de fortes membranes; cependant si on les examine avec attention, on voit qu'ils tiennent de la nature du cartilage. Ils sont convexes en dehors, et concaves intérieurement : ils sont presque confondus l'un avec l'autre à la commissure externe des paupières; mais ils ne le sont pas à la commissure interne. Le tarse de la paupière supérieure est plus large et plus épais que celui de la paupière inférieure; sa forme est semi-lunaire,

de façon qu'il représente un segment de cercle dont l'arc correspond supérieurement, et la corde inférieurement. Ce fibro-cartilage a cinq lignes environ de largeur à sa partie moyenne, tandis que celui de la paupière inférieure n'a environ que deux lignes. Ce dernier est à-peu-près de la même largeur dans toute son étendue, de manière qu'il représente une espèce de bandelette. L'usage de tous deux est de tenir les paupières étendues.

On remarque à la face interne des fibro-cartilages tarses, de petits sillons où sont reçus des follicules tortueux (pl. 3, fig. 6, *h. k.*; pl. 4, fig. 2, *h. l.*) et longs, appelés glandes de Méibomius, non que cet anatomiste les ait découverts, mais parce qu'il est le premier qui en ait donné une bonne description (1).

Les rangées des glandes de la paupière supérieure sont plus grosses et plus nombreuses que celles des glandes de la paupière inférieure. Elles y sont au nombre de trente environ, tandis qu'on n'en trouve qu'une vingtaine à la paupière inférieure. Leurs canaux excréteurs viennent s'ouvrir sur le bord des paupières par une rangée de petits trous que l'on a appelés points ciliaires (pl. 3, fig. 1.; pl. 4, fig. 2, *k.*), et que l'on peut apercevoir avec le secours d'une loupe. Ces fol-

---

(1) Epist. de vasis palpebrarum novis, 1666.

licules sécrètent une humeur onctueuse, grasse et fluide pendant la vie, qui s'épaissit après la mort, et sort de ses canaux sous la forme de petits vers, lorsqu'on les comprime entre les doigts. Cette humeur empêche que les bords des paupières ne s'ulcèrent par leur clignotement perpétuel et par l'action de la matière des larmes, qui a toujours une légère âcreté. Son usage est encore d'empêcher que les larmes ne s'écoulent sur la joue entre les cils, de même que l'on peut verser dans un verre gras de l'eau au-dessus de ses bords sans qu'il s'en répande. Cette humeur est très-sujette à se vicier, et donne lieu à plusieurs maladies des paupières.

Les nerfs des paupières sont représentés par la fig. 2, pl. 1; les artères par la fig. 1, pl. 2; les veines, par la fig. 2, pl. 2. *Voyez* aussi les explications de ces planches.

Les lymphatiques des paupières sont très-nombreux, et se terminent, pour la plupart, ainsi que ceux de la région sourcilière, dans les ganglions lymphatiques situés sur la face externe de la glande parotide et sous la base de l'os maxillaire inférieur (1).

La surface interne des paupières est tapissée par une membrane très-mince, qui a reçu le nom

---

(1) Mascagni Tab. XXIV. Cité par M. Marjolin dans son excellent manuel d'anatomie.

de conjonctive (pl. 4, fig. 1), parce qu'elle joint les paupières au globe de l'œil : cette membrane, qui appartient au systême des muqueuses, se réfléchit de la surface interne des paupières sur le globe. La conjonctive, à l'endroit où elle recouvre les fibro-cartilages tarses, est très-adhérente et assez fortement tendue; un peu plus loin, elle ne tient plus aux paupières et au globe de l'œil que par un tissu cellulaire extrêmement lâche, qui lui permet de prêter en tous sens. La conjonctive est à demi-transparente; à l'endroit où elle recouvre les expansions tendineuses des muscles droits du globe, elle laisse apercevoir la blancheur de ces expansions : c'est ce qui constitue ce qu'on appelle vulgairement le blanc de l'œil. La partie de la conjonctive qui passe sur la cornée est parfaitement transparente, et si adhérente à la face antérieure de cette membrane, qu'il n'est possible de l'en séparer qu'à l'aide de la macération long-temps continuée. C'est cette partie de la conjonctive qui a reçu le nom d'*adnata;* elle est le siége de plusieurs maladies que l'on attribue à la cornée; remarque faite par Morgagni, cité dans l'Anatomie médicale de M. Portal. Fabricius avait écrit que la cornée était recouverte d'un épiderme transparent, infiniment plus mince que ses autres lames, et que les serpents dépouillent chaque année (1). Plempius dit qu'une

(1) Fabricius ab aquap. de vision. lib. I, ch. 1, pag. 5.

pellicule recouvre les couches de cette membrane; mais Zinn observe, à ce sujet, qu'il n'est pas certain que ces deux célèbres anatomistes aient voulu parler d'une production de la conjonctive, plutôt que d'une petite couche particulière. Après eux, un grand nombre d'autres ont suivi la conjonctive sur la cornée, non-seulement à l'aide de la macération, et même du seul scalpel, mais encore par l'examen de vésicules formées sur le bord de la cornée. J'ai vu très-souvent cet effet. On a dit encore que cette portion de la conjonctive qui recouvre la cornée est recouverte elle-même d'un épiderme très-mince; Haller et Platner ont regardé comme une démonstration de cet épiderme, les phlyctènes qui se forment sur la cornée (pl. 25, fig. 1). Je n'ai jamais douté du passage de la conjonctive sur la cornée; je l'ai regardé comme démontré par les différents phénomènes que je vois si souvent être communs à ces deux membranes, particulièrement par le développement de vaisseaux lymphatiques qui, dans un état pathologique de dilatation, ont admis la partie rouge du sang, à la suite de phlegmasies aiguës ou chroniques. On peut en voir plusieurs exemples dans les planches coloriées de cet ouvrage, notamment dans les trois figures de la pl. 28. M. Ribes, dont je connais la scrupuleuse exactitude, croit avoir démontré que la conjonctive se borne à la circonférence de la cornée (1). Je me promets de

(1) Bulletin de la faculté de Médecine, 1814, n° 4.

faire de nouvelles recherches à ce sujet, au moyen des dissections répétées et d'examens approfondis des effets pathologiques sur le vivant. La plupart des vaisseaux dont la conjonctive est parsemée en grande quantité, ne contiennent, dans leur état naturel, que la portion séreuse du sang, et, par conséquent, ne sont visibles que par les injections anatomiques, ou pendant les inflammations, dont l'effet, quand elles sont très-violentes, est de faire gonfler ou boursoufler la conjonctive autour de la cornée (pl. 30, fig. 2.) Ce sont ces vaisseaux qui, en admettant la partie rouge du sang, constituent l'ophtalmie. La conjonctive reçoit un grand nombre de nerfs; de-là vient qu'elle jouit d'un sentiment si exquis. Lorsque l'œil est tourné du côté du nez, cette membrane se replie sur elle-même, et forme une espèce de croissant ou pli sémi-lunaire (pl. 3, fig. 1, *i*.), en quelque façon semblable à la troisième paupière des oiseaux. Ce croissant, dont la convexité regarde le nez, disparaît quand on tourne l'œil du côté de la tempe. La sérosité qui transsude de ses pores augmente la quantité du fluide lacrymal. Elle contient, dans son épaisseur, une multitude de glandes muqueuses excessivement petites, qui fournissent continuellement, par d'imperceptibles ouvertures, une liqueur mucilagineuse dont sa surface est lubrifiée. Quelques auteurs ont regardé la conjonctive comme une continuation de la peau; ils fondaient leur opinion sur ce qu'on ne remarque, par la macération, aucune discontinuité entre

cette membrane et les téguments, et sur ce que, dans l'ectropion (pl. 17, fig. 3), la partie de la conjonctive qui n'est plus humectée, prend quelquefois une couleur qui approche de celle de la peau; mais, outre que chez les nègres la conjonctive est blanche, on sait aujourd'hui que cette membrane appartient au système des muqueuses. La partie qui revêt la face interne d'une paupière renversée depuis long-temps, prend, en effet, quelque ressemblance avec le tissu cutané; mais si on parvient à la replacer, même après plusieurs années, les cryptes muqueux reprénnent en quelque façon une nouvelle vie, et en très-peu de temps cette portion de membrane a son apparence et sa nature muqueuses.

M. le docteur Hébréard a recueilli une observation qui jette du jour sur cette question : la membrane muqueuse avait pris l'apparence du système dermoïde.

« Un homme portait au pli de l'aine un anus contre nature depuis vingt-cinq ans. L'intestin était adhérent aux téguments; ensuite il se renversait et dépassait d'environ trois pouces les parois abdominales : la membrane muqueuse était, par conséquent, dans toute cette étendue, exposée au contact de l'air. Voici l'aspect qu'elle présentait : les villosités étaient effacées; l'épiderme épaissi conservait une couleur rougeâtre, mais moins foncée que dans l'état naturel; il ne suintait plus aucun fluide de sa surface, et, chose éton-

nante, si on repoussait l'intestin, en faisant cesser son renversement, cette surface, redevenue intérieure, se trouvait bientôt humectée par des fluides muqueux, et il s'y formait de nouveaux plis et de nouvelles villosités (1). »

La conjonctive, en s'insinuant par les points lacrymaux pour tapisser les petits conduits du même nom, se continue avec la membrane muqueuse du reste des voies lacrymales.

On trouve, entre l'angle interne des paupières et le globe de l'œil, un tubercule plus ou moins rouge (pl. 3, fig. 1, *h.*) dans les différents sujets, grenu et oblong, qui a reçu le nom de caroncule lacrymale. Ce tubercule n'est point un corps charnu, comme son nom semblerait l'indiquer. Si on l'examine avec une forte loupe, on reconnaît aisément que c'est une glande du genre des conglomérées, composée de plusieurs follicules qui sécrètent une humeur semblable à celle des glandes de Méibomius. On y découvre plusieurs petits poils très-fins et enduits d'une matière huileuse. Ces petits poils croissent quelquefois de manière à incommoder (pl. 64, fig. 1); mais cela arrive si rarement, que ce n'est pas la peine d'en faire une maladie particulière. En écrasant ce

---

(1) Mémoire sur l'analogie qui existe entre les systêmes muqueux et dermoïde; par M. Hébréard, médecin de l'hospice de Bicêtre. Recueil des Mémoires de la Société médicale d'émulation, 8e année, page 153 et suiv.

corps glanduleux entre les doigts, on y trouve quelquefois de petits graviers. Blasius a assisté à la dissection d'un sujet qui avait un calcul de forme inégale dans l'une des deux caroncules (1). La caroncule lacrymale n'a d'autre usage que de suppléer aux glandes de Méibomius, qui manquent à une certaine distance de l'angle interne des paupières, et de favoriser le passage des larmes dans les points lacrymaux. En effet, quand on a cru devoir l'enlever, il est resté un larmoiement. Les anciens, qui n'avaient aucune connaissance des voies lacrymales, lui attribuaient l'usage de sécréter les larmes. C'est de la fonction qu'on lui attribuait, et de sa ressemblance avec les parties charnues, que lui est venu son nom. Une connaissance plus exacte de ces parties a appris que cette supposition était fausse, et que la liqueur lacrymale était séparée par une glande que l'on avait appelée jusqu'alors glande *innominée*, et que l'on nomme glande lacrymale depuis que l'on a reconnu son usage.

La glande lacrymale (pl. 3, fig. 6, 7, 8, 9) est une glande du genre des conglomérées d'un gris-blanchâtre; elle est située sur le globe de l'œil, vers l'angle externe de l'orbite, sous l'enfoncement qu'on remarque à la voûte orbitaire de l'os du front. Elle est aplatie. On peut distinguer à

---

(1) G. Blasius. observ. med. 16, part. 6.

cette glande deux faces, l'une supérieure et convexe, pour s'accommoder à la concavité de l'enfoncement de l'os du front; l'autre inférieure et concave, pour s'accommoder à la convexité du globe de l'œil : elle est comme divisée en deux lobes, qui sont formés tous deux de plusieurs grains blanchâtres unis par du tissu cellulaire à la manière des glandes conglomérées. Il part de cette glande (pl. 3, fig. 6, *c*.) six ou sept petits conduits qui descendent dans l'épaisseur de la conjonctive de la paupière supérieure, et s'ouvrent à la face interne de cette membrane (pl. 3, fig. 6, *f*.), un peu au-dessus du bord supérieur du fibro-cartilage tarse, par des embouchures infiniment plus faciles à apercevoir dans le bœuf et dans le mouton que dans l'homme. Ces canaux excréteurs de la glande lacrymale ont été découverts par Stenon, en 1661. On regardait déja cette glande comme l'organe de la sécrétion des larmes, avant la découverte de ses canaux excréteurs; mais on n'en avait d'autres preuves que sa ressemblance avec les glandes salivaires et son voisinage du globe.

On trouve sur le bord de chacune des deux paupières, près de leur angle interne, un petit mamelon percé obliquement d'une petite ouverture toujours béante, parce que son bord est cartilagineux et doué d'élasticité. On a donné le nom de points lacrymaux (pl. 3, fig. 6, 10, 11, 12; pl. 4, fig. 1, 2.) à ces deux petites ouvertures,

qui sont toujours assez apparentes, mais plus dans les vivants que dans les morts. Les points lacrymaux sont situés vis-à-vis l'un de l'autre; quand l'œil est fermé, ils se rencontrent, de manière cependant que leurs bords se touchent seulement du côté de la peau, et non pas du côté de l'œil, parce que ces petites ouvertures sont dirigées vers le globe, et que, pour les apercevoir, il faut renverser la paupière un peu en dehors. Par l'effet de cette disposition, la liqueur lacrymale entre dans les voies lacrymales pendant même que les paupières sont fermées (pl. 3, fig. 6, *i. l.*; pl. 4, fig. 1, *c. d.* et fig. 2.). Les points lacrymaux sont les orifices de deux petits canaux membraneux qui ont reçu le nom de conduits lacrymaux. Ces petits conduits ont chacun environ cinq lignes de longueur; ils sont plus près de la face interne que de la face externe des paupières, où ils sont recouverts par le muscle orbiculaire, avec les fibres duquel ils ont de fortes adhérences. Ils ont un peu plus de diamètre ou d'ampleur que les points lacrymaux; ils gagnent le bord interne de l'orbite dans des directions différentes : le supérieur se porte de bas en haut l'espace d'une ligne, après quoi il se courbe à angle droit, et descend, en se portant vers le nez; l'inférieur descend de haut en bas, dans le même espace d'une ligne, puis il se porte du côté du nez presque horizontalement, mais un peu de bas en haut. Il est essentiel de bien connaître la

direction des conduits lacrymaux, lorsqu'il s'agit de les sonder dans les cas d'obstruction des voies lacrymales.

Ces deux petits conduits s'approchent l'un de l'autre, et vont s'ouvrir dans le sac lacrymal, un peu au-dessus de sa partie moyenne, par un petit canal commun, long d'une demi-ligne ou environ : le plus souvent ce petit canal, qui paraît commun, est divisé par une légère cloison. Il y a dans cet endroit un tissu cellulaire très-dense et très-adhérent.

Le sac lacrymal est oblong, aplati de dehors en dedans, de manière qu'il a un peu plus d'étendue de devant en arrière que transversalement. Sa longueur est de près de six lignes : il est situé dans la gouttière osseuse formée par le bord postérieur de l'apophyse nasale de l'os maxillaire supérieur et la partie antérieure de la surface externe de l'os *unguis*. Le sac lacrymal est recouvert par un tissu cellulaire très-dense et très-difficile à enlever. On a dit qu'il était assujéti par une membrane très-forte et ligamenteuse, sur laquelle reposait la partie correspondante du muscle orbiculaire. Je n'ai jamais trouvé dans cet endroit, que j'ai examiné un très-grand nombre de fois, qu'un tissu cellulaire très-serré; mais ce qui reste bien démontré, c'est que, soit tissu cellulaire, soit membrane ligamenteuse, il y a là un obstacle à la dilatation de cette cavité; et, lorsqu'elle devient le siége d'un dépôt, la résistance

est si forte à l'ouverture de ce dépôt (pl. 20, fig. 2), que la rupture du sac donne lieu ordinairement à des douleurs violentes; tandis que celle des téguments, qui la suit presque toujours, n'en produit que de très-légères.

Ces douleurs durent soixante-douze heures : les malades souffrent communément pendant trois nuits; car c'est particulièrement la nuit que se font sentir les élancements à l'endroit où doit se former la rupture. Ils s'étendent, par irradiations, dans les parties qui environnent l'orbite.

Il y a des fibres du muscle orbiculaire qui se confondent tellement avec le sac lacrymal, qu'il est impossible, en disséquant, de les enlever entièrement sans intéresser le sac : peut-être que ces fibres ont l'usage de favoriser le passage de la liqueur lacrymale.

Le sac lui-même est formé d'une membrane extérieure très-mince, blanche, et distincte d'une autre intérieure. Cette dernière (pl. 3, fig. 12) est un vrai prolongement de la membrane pituitaire, selon Zinn, qui a trouvé plusieurs fois le sac lacrymal rempli du mucus nasal. En remplissant de cire, par l'orifice (pl. 3, fig. 10, *i.*) inférieur, le conduit nasal et le sac lacrymal, il a vu une fois cette cire s'insinuer dans des vaisseaux, dont quelques-uns assez marqués, qui partaient du très-petit canal commun, par lequel (pl. 3, fig. 12, *b.*) s'ouvrent, dans le sac, les deux petits conduits lacrymaux terminés aux bords des pau-

pières par les points lacrymaux. Ces petits vaisseaux couraient, dans les membranes voisines, vers les deux paupières, en se ramifiant dans leur route. Zinn n'a pas pu découvrir leur terminaison certaine, et il a fait la remarque que personne n'en avait parlé avant lui. J'ai cru reconnaître, dans ma pratique, leur existence. Je donnerai une observation assez récente, prise au milieu d'un grand nombre qui m'ont semblé prouver qu'ils existent réellement (1).

Je n'avais pas fait assez d'attention à ce passage de Zinn; et, lorsque je remarquais cet effet, je l'expliquais par la rupture du petit canal lacrymal même. J'ai adopté, depuis, l'existence de ces petits vaisseaux, qu'on ne peut pas regarder comme sanguins, puisque lorsque Zinn les découvrit, il n'avait fait d'autre injection dans la tête du sujet que celle du conduit nasal, qu'il avait rempli de cire. Zinn ajoute : « Ne pourrait-on pas considérer ces vaisseaux comme des sinus très-petits, par lesquels la partie résorbée des larmes peut être filtrée et portée dans le sac, indépendamment du passage qu'elle trouve par les points lacrymaux. La remarque de Gunzius vient à l'appui de notre observation, avant laquelle il trouva dans un œil, qui n'avait conservé aucun vestige des points lacrymaux, beaucoup de petits trous

(1) Voyez tome II, page 1.

d'une ténuité extrême, visibles seulement à l'aide de la plus grande attention; ils étaient situés autour de la caroncule et du repli semi-lunaire, et il en vit aussi d'autres sur le bord interne des deux paupières d'un œil qui n'avait été incommodé d'aucun larmoiement, quoique les deux points lacrymaux fussent fermés; ce qui lui fit conclure qu'il y avait quelquefois de petites ouvertures béantes autour de la caroncule, qui recevaient et transmettaient au sac nasal une partie de la liqueur des larmes. »

J'ajoute que je trouve quelquefois les points lacrymaux oblitérés; que je vois, dans quelques-uns de ces cas, la tumeur lacrymale se former et se vider dans le nez par la pression (1); et que cependant, si quelques-uns de ces yeux pleurent beaucoup, d'autres aussi ne sont presque point mouillés de larmes. Je me suis demandé plusieurs fois si, dans ces cas particuliers, ce défaut de larmoiement viendrait d'une diminution proportionnelle du volume de la glande lacrymale ou

(1) Je trouve, dans mon Journal, l'histoire très-détaillée des accidents éprouvés par un domestique qui tomba du haut d'une charretée de foin, ayant la sonde de Laforêt, laquelle fut forcée à l'entrée de la narine. Les points lacrymaux, après la suppression de la sonde, furent oblitérés par l'effet de l'inflammation, suite de ce grave accident, et je l'ai vu portant une tumeur lacrymale, dont la grosseur variait, mais que la pression ne faisait vider ni sur l'œil ni dans la narine.

d'une augmentation d'action des vaisseaux absorbants de la conjonctive, ou si une partie de la liqueur passait dans le sac, et de-là dans le nez, par cette route indiquée par Zinn et Gunzius; et enfin si, dans le cas de disparition des points lacrymaux, lorsque l'œil pleure beaucoup, cet abondant larmoiement indiquerait que ces ouvertures imperceptibles ont elles-mêmes disparu, tandis qu'elles ont conservé leurs fonctions dans les cas rares où, malgré l'oblitération des points lacrymaux, le sac continue à s'emplir et à se vider dans le nez par la pression. Je conviens que ce ne sont encore là que de simples suppositions; mais combien de fois, en physiologie, ne sommes-nous pas réduits à des conjectures! Cette question est loin d'être indifférente. C'est dans ce doute seul qu'il m'arrive souvent de réduire aux moyens les plus simples, le traitement des maladies dès parties palpébrales du syphon lacrymal, dans l'espoir que si les larmes cessent de parvenir au sac lacrymal par l'un des points lacrymaux, ou par tous deux, ces petites routes, si peu visibles, et qui seront quelque jour ultérieurement démontrées, si elles existent, pourront suppléer, au moins jusqu'à un certain point, à la route plus connue rétrécie ou abolie. Comment d'ailleurs pourrait-on nier l'existence de cette route succursale des larmes, à partir du lac lacrymal (pl. 3, fig. 1, *e. n. m.*) du grand angle, jusqu'au sac, lorsque nous ne savons pas encore (sans

sortir de mon sujet) si chaque glande sébacée de Meibomius s'ouvre par un petit canal très-court, dans un canal placé au-dessous et dans toute l'étendue de la rangée à laquelle elle appartient, lequel s'ouvre lui-même au bord de la paupière; ou si la première de cette rangée s'ouvre dans celle qui lui est contiguë, celle-ci dans la suivante, et ainsi de suite jusqu'à la dernière, qui s'ouvrirait seule sur le bord de la paupière? Au reste une partie des larmes est probablement reprise par des vaisseaux lymphatiques absorbants, et si les petits vaisseaux de Zinn et de Gunzius existent, ils font en quelque sorte partie du systême lymphatique.

Le sac lacrymal, un peu au-dessous du rebord orbitaire de l'os maxillaire supérieur, se rétrécit, et dégénère en un conduit (pl. 3, fig. 10, *h. i.*) auquel on a donné le nom de conduit nasal, qui continue à se rétrécir légèrement jusqu'à son embouchure inférieure, et qui est logé dans un canal osseux, formé par l'extrémité inférieure de l'os unguis ou lacrymal, l'apophyse nasale de l'os maxillaire supérieur, et la languette ascendante du cornet inférieur du nez. Ce canal est garni, dans toute sa longueur, de son périoste, auquel le sac lacrymal et le conduit nasal sont faiblement attachés. Le conduit nasal descend un peu obliquement de devant en arrière jusque dans la cavité des narines, où il s'ouvre, au-dessous de la partie moyenne et antérieure du cornet inférieur

du nez. L'ouverture du conduit nasal (pl. 3, fig. 10, *i*. fig. 11, *f*. fig. 12, *g*.) présente beaucoup de variétés dans les différents sujets. Elle est en général oblique, et a quelque analogie avec celle des uretères dans la vessie. Quelquefois elle est bouchée en partie par une petite avance de la membrane pituitaire, et est alors moins large que le conduit même; d'autres fois, elle est très-évasée, et a plus de diamètre que ce conduit. L'obliquité de son insertion dans la membrane pituitaire produit l'effet d'une espèce de valvule, parce que, lorsqu'on se mouche, la pression de l'air réunit aisément les parois de cet orifice, ce qui s'oppose à son introduction dans le conduit.

Dans les nombreuses dissections que j'ai faites pour parvenir à ne donner, qu'après un examen attentif, les détails ici consignés, et d'ailleurs tous déja à-peu-près connus, j'ai trouvé cette ouverture double sur un sujet, d'un côté seulement. Elle était divisée en deux parties par une petite production de la membrane pituitaire, qui s'étendait de l'un des bords de l'ouverture à l'autre. J'ai eu quelquefois de la peine à y introduire le stylet d'Anel : une fois je l'ai trouvée bouchée par une membrane. Je n'ai pas pu découvrir si une ouverture imperceptible donnait passage à la liqueur des larmes, ou si le sujet avait larmoyé pendant sa vie. J'ai trouvé aussi, sur un autre sujet, une bande tendineuse de près

d'une demi-ligne de diamètre, qui était située transversalement à l'endroit où commence le conduit nasal, par conséquent à la partie inférieure du sac lacrymal. Elle traversait le canal à-peu-près dans sa largeur; et, pour la rompre, il a fallu tirer assez fort avec un stylet crochu.

Quelques anatomistes, qui vraisemblablement n'ont pas examiné ces parties un assez grand nombre de fois, ont beaucoup varié sur la description qu'ils ont donnée de l'ouverture du conduit nasal. Bianchi a admis une valvule à l'extrémité inférieure, qu'il dit semblable aux valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Selon lui, cette valvule s'oppose à l'introduction d'un stylet. Il y a toute apparence que le sujet d'après lequel Bianchi a dit qu'il y avait une valvule à l'extrémité inférieure du conduit nasal, était du nombre de ceux auxquels on remarque une avance de la membrane pituitaire, qui effectivement ne ressemble pas mal à une espèce de valvule; mais c'est une variété : elle n'existe pas ordinairement, et d'ailleurs elle est incapable, lorsqu'elle existe, d'empêcher l'introduction d'un stylet. Le plus communément cette ouverture est assez considérable.

Le conduit nasal, le sac lacrymal, et les petits conduits lacrymaux, paraissent être une continuation de la membrane pituitaire, et appartiennent par conséquent au système des membranes muqueuses. En effet, si, après avoir cassé

le canal osseux, on enlève les voies lacrymales avec un lambeau de la membrane pituitaire, on ne remarque aucune séparation entre cette membrane et celle qui forme le syphon. La membrane pituitaire, en subissant seulement un léger changement de structure, paraît se prolonger dans le canal osseux qui fait partie des cavités du nez, de même qu'elle se prolonge dans les sinus maxillaires, dans les sinus sphénoïdaux, dans les sinus frontaux, et dans les labyrinthes de l'os ethmoïde. Il se prépare, dans l'intérieur des voies lacrymales, une liqueur muqueuse presque semblable à celle que fournit la membrane pituitaire. Ce mucus empêche les larmes, qui ont toujours quelque âcreté, d'irriter les voies lacrymales; lorsqu'il y a obstruction au conduit nasal, ne pouvant s'écouler dans le nez, il s'amasse et gonfle le sac lacrymal : on le fait alors refluer par les points lacrymaux en pressant le sac avec le doigt (pl. 20, fig. 1.).

La glande lacrymale, eu égard à sa situation, est légèrement comprimée à chaque mouvement de l'œil. Cette compression, presque insensible, détermine la liqueur lacrymale à s'écouler par les canaux excréteurs de la glande, pour venir se répandre sur la surface antérieure du globe et faciliter ses divers mouvements. Ainsi le mouvement de l'œil facilite l'écoulement de la liqueur lacrymale, et celle-ci, en s'écoulant, facilite le mouvement de l'œil. Alors, à mesure qu'elle s'é-

coule par les canaux excréteurs de la glande lacrymale, elle est étendue uniformément sur la surface antérieure du globe de l'œil par le mouvement continuel des paupières, et constamment dirigée vers l'angle interne; d'abord parce que cet angle est situé un peu plus bas que l'externe, de sorte que cette liqueur y coule naturellement par son propre poids; ensuite par l'action continuelle du muscle orbiculaire des paupières, qui, en se contractant, les entraîne un peu du côté du nez. Pendant le sommeil ou quand les paupières sont fermées, la liqueur lacrymale est encore continuellement dirigée vers l'angle interne par la gouttière que les bords des paupières laissent entre eux et la surface antérieure du globe de l'œil (pl. 13, *au trait*, *y*.). L'humeur lacrymale peut s'amasser sur l'œil, en plus grande quantité qu'à l'ordinaire, sans se répandre sur la joue, parce que les bords des paupières sont enduits d'une matière huileuse qui l'empêche de s'écouler entre les cils, et parce qu'il y a, entre la commissure interne des paupières et le globe de l'œil, un petit espace, un petit lac, qui peut contenir une certaine quantité de cette liqueur. Au moyen de ces dispositions, lorsque la sécrétion de la liqueur lacrymale est augmentée subitement par quelque cause que ce soit, si l'augmentation n'est pas trop considérable, cette liqueur ne s'écoule pas sur les joues, mais demeure dans le petit lac, d'où elle passe peu-à-peu dans

les points lacrymaux. Il y a plusieurs causes qui obligent la liqueur des larmes à entrer dans les points lacrymaux. Le mouvement des paupières pousse continuellement cette liqueur dans ces ouvertures : la preuve en est que ce mouvement est beaucoup plus fréquent chez ceux qui ont l'œil couvert de larmes par quelque cause que ce soit. Jean Louis Petit, a dit que les voies lacrymales agissent comme un syphon : il a comparé les petits conduits lacrymaux à la courte branche, et le conduit nasal à la longue branche du syphon. Il y a apparence que ce syphon est doué d'un léger mouvement de succion, et que les points lacrymaux ont une action érectile; je soupçonne qu'ils jouissent de la faculté de se dilater légèrement lorsque l'œil est mouillé. J'ai même assez souvent cru remarquer que leur mouvement d'érection les rendait plus faciles à injecter, quand on instillait d'abord un peu d'eau sur la surface de l'œil; et, dans cette persuasion, je commence ordinairement par en pousser quelques gouttes dans le grand angle avant de présenter le syphon de la seringue d'Anel au point lacrymal, lorsqu'il me paraît très-petit. Il y a lieu de croire d'ailleurs que la principale cause qui fait passer la matière des larmes dans les petits canaux lacrymaux est la même que celle qui fait monter les liqueurs dans les tuyaux capillaires.

Réflexions sur la structure de quelques parties du globe de l'œil.

Avant d'avoir sous les yeux l'ouvrage dont je donne la traduction au commencement du volume de planches, j'avais préparé des cahiers rédigés d'après les dissections les plus multipliées et les plus exactes : je me proposais de les publier avec des planches dont j'ai les dessins faits sur les modèles que je croyais approcher le plus possible de la perfection. Le célèbre auteur que j'ai traduit m'ayant de beaucoup dépassé, aidé par sa rare habileté pour l'observation, et par les facilités que lui ont données les circonstances dans lesquelles il s'est trouvé (1), j'ai cru devoir me borner à donner la fidèle copie de ses planches et la traduction des explications qu'il y a jointes : j'ai aussi supprimé de nombreux détails sur la circulation des humeurs de l'œil. J'ai fait beaucoup d'expériences relatives à ce sujet; mais elles sont devenues inutiles depuis la publication de l'excellent Mémoire de M. le docteur Ribes, auquel je renvoie le lecteur (2). Cependant il ne

(1) Voyez explications des pl. 9 et 10 coloriées.

(2) Mémoire sur les procès ciliaires (rayons sous-iriens; Chaussier), et leur action sur le corps vitré, le cristallin et l'humeur aqueuse, par F. Ribes; recueil des Mémoires de la Société médicale d'émulation, 8e année, page 631.

m'a pas paru inutile de placer ici un extrait des cahiers qui m'ont coûté tant de soins : 1° parce qu'ayant cru pouvoir omettre dans ma traduction l'explication de la boîte osseuse de l'orbite, si connue, et les figures qui la représentent, j'ai pensé qu'il fallait au moins en rappeler sommairement la structure; 2° parce que le peu de détails que je remets ensuite sous les yeux du lecteur pourront venir à l'appui du texte des explications des planches, et rappeler l'exacte conformation de ces parties si importantes à connaître, lorsqu'on veut étudier les affections dont elles sont fréquemment le siége. Il m'a paru encore utile de faire mention des découvertes chimiques récentes relatives aux humeurs de l'œil.

J'emprunte à M. le docteur Orfila les détails suivants (1).

« *Humeur aqueuse.* — Cette humeur, placée dans les chambres antérieure et postérieure de l'œil, est formée, suivant M. Berzelius, de 98,10 d'eau, d'un peu d'albumine, de 1,15 d'hydro-chlorates et de lactates, et de 0,75 de soude, avec une matière animale soluble seulement dans l'eau; sa pesanteur spécifique, suivant M. Chenevix, est de 1,0053. Ce chimiste la considère comme composée de beaucoup d'eau, d'un peu d'albumine, de

(1) Eléments de chimie médicale, par M. P. Orfila, médecin par quartier de Sa Majesté Louis XVIII; à Paris, chez Crochard. 1817, 3e partie, chap. 3, section 1.

gélatine, et d'hydro-chlorate de soude. M. Nicolas y admet en outre du phosphate de chaux.

« *Humeur vitrée.* — Cette humeur est derrière le cristallin. On y trouve, suivant M. Berzelius, les mêmes principes que dans l'humeur aqueuse, mais dans des proportions un peu différentes : ainsi il y a 98,40 d'eau, 0,16 d'albumine, 1,42 de lactates et d'hydro-chlorates, et 0,02 de soude et de matière animale. M. Chenevix pense qu'elle contient moins d'eau, et plus d'albumine et de gélatine que l'humeur aqueuse; il y admet en outre de l'hydro-chlorate de soude.

« *Cristallin.* — D'après M. Berzelius, il renferme 58 parties d'eau, 25,9 de *matière particulière*, 2,4 de lactates, d'hydro-chlorates, et de matière animale soluble dans l'alcool; 1,3 de matière animale soluble dans l'eau avec quelques phosphates; 2,4 de membrane cellulaire insoluble.

« *Propriétés de la matière particulière.* — Elle est soluble dans l'eau, coagulable par la chaleur; ainsi coagulée, elle possède, à la couleur près, tous les caractères de la matière colorante du sang : on peut en obtenir des cendres contenant un peu de fer (Berzelius). M. Chenevix regarde le cristallin comme formé d'un peu d'eau, d'albumine, et de gélatine. M. Nicolas a obtenu des résultats analogues. Ces chimistes ont cru que la gélatine faisait partie des humeurs de l'œil, parce qu'elles précipitent par la noix de galle; mais ce réactif, pouvant précipiter l'albumine et plusieurs

autres matières animales, ne suffit pas pour en faire admettre l'existence.

« *Cataracte.* — M. Chenevix fait entrevoir que la formation et le développement de la cataracte pourraient peut-être tenir à ce que l'albumine aurait été coagulée par de l'acide phosphorique qui se serait produit dans l'œil malade. Suivant M. Grapengiesser, dans la *cataracte laiteuse*, l'albumine subirait une espèce de coagulation, deviendrait comme graisseuse, et prendrait un aspect laiteux....

Des larmes. — Les larmes, sécrétées par la glande lacrymale, sont composées, suivant Fourcroy et M. Vauquelin, de 0,96 d'humidité et de 0,4 des matières solides suivantes : des traces de soude caustique, de phosphates de chaux et de soude, d'hydro-chlorate de soude, et de mucus qui devient insoluble dans l'eau par l'action de l'air atmosphérique ou de l'oxygène, et qui est précipité par l'alcool. Jacquin les croit formées d'eau, de soude, d'hydro-chlorate de soude, de gluten, de phosphates de chaux et de soude. Suivant Pearson, elles ne renferment point de soude, mais de la potasse. On ignore quelle est la composition des larmes des animaux. »

Quant aux muscles, aux nerfs et au globe, il m'a paru que les planches avec leurs explications suffisaient; et je me contenterai d'ajouter ici quelques détails supplémentaires avec les extraits de plusieurs observations d'anatomie pathologi-

que qui peuvent éclairer la nature de certaines maladies dont j'aurai à parler dans cet ouvrage.

Les anciens anatomistes et les modernes avaient, jusqu'à mon père, regardé la cornée et la sclérotique comme une seule et même membrane, et pour distinguer la partie antérieure, qui est transparente, de la partie postérieure, qui est opaque, ils avaient donné à la première le nom de cornée transparente, et à la dernière celui de cornée opaque.

Dans un Mémoire inséré parmi ceux de l'Académie des Sciences de 1741, mon père a prouvé, par des raisonnements et par une expérience décisive, que la cornée était une membrane distincte de la sclérotique. J'éviterais d'entrer dans quelques explications au sujet de cette découverte, dont les résultats ont été depuis généralement adoptés, si ce que j'ai à rappeler à ce sujet ne devait pas jeter du jour sur la nature des affections si nombreuses de la cornée.

M. Guérin (1) dit : « M. Demours a aperçu le tissu qui unit la cornée et la sclérotique.... Des lumières jetées sur ce point d'anatomie pourraient être utiles, et je pense que la pratique, dans le traitement des maladies des yeux, y gagnerait. »

Premièrement, il est aisé de prouver par le rai-

(1) Traité des Maladies des yeux, page 179.

sonnement que la cornée n'est point une continuation de la sclérotique. En effet, la cornée peut se diviser en plusieurs lames; la sclérotique, au contraire, est d'un tissu trop serré pour pouvoir être divisée de même. La cornée est aussi diaphane que le cristal le plus pur, et ne reçoit que des vaisseaux lymphatiques; la sclérotique est opaque, et est parsemée d'un grand nombre de vaisseaux sanguins. La cornée se gonfle considérablement et promptement par la macération; ce qui n'arrive pas à la sclérotique. La cornée de l'homme et de la plupart des animaux est une portion d'une sphère plus petite que celle de la sclérotique. D'ailleurs, dans la plus grande partie des oiseaux, la sclérotique est formée par l'assemblage de plusieurs lames osseuses; la cornée, au contraire, est membraneuse, comme dans tous les autres animaux, et ne saurait être regardée, dans ces oiseaux, comme une continuation de la sclérotique. Dans quelques gros poissons, tels que l'esturgeon, le marsouin, le thon, et quelques autres du genre des cétacées, la sclérotique est entièrement cartilagineuse, et la cornée est membraneuse. Dans ces espèces de poissons, la cornée ne saurait donc être une continuation de la sclérotique.

On peut enfin ajouter, pour dernière raison, que si la cornée n'était que la sclérotique même rendue transparente à la partie antérieure du globe de l'œil, l'endroit qui sépare la partie opa-

que de celle qui est diaphane souffrirait plus de variation, et que la cornée n'aurait pas aussi constamment à-peu-près le même diamètre dans tous les sujets de même espèce. Il est d'ailleurs impossible d'assigner une cause mécanique qui puisse toujours rendre et régulièrement aussi transparente que le cristal le plus pur une portion de la sclérotique, qui est une membrane opaque. Mon père imagina, pour séparer ces deux membranes, de faire macérer des yeux dans de l'eau, et de les plonger ensuite dans l'eau bouillante, procédé qui a été adopté généralement.

Il s'en faut de beaucoup que ces recherches soient de pure spéculation. En regardant la cornée et la sclérotique comme deux membranes différentes fortement unies ensemble par un tissu fibreux très-fin et extrêmement serré, on comprendra aisément pourquoi, dans le chémosis, degré le plus violent de l'ophtalmie (pl. 30, fig. 2), la conjonctive se gonfle au point de s'élever en bourrelet autour de la cornée; ce qui ne peut venir que de l'étranglement que souffrent les vaisseaux lymphatiques, devenus alors sanguins, en passant à travers le tissu fibreux qui unit cette membrane à la sclérotique; on comprendra encore pourquoi il se forme si souvent des ulcères à l'endroit de l'union de ces deux membranes; pourquoi aussi, dans cette maladie de la cornée (pl. 25, fig. 3), dans laquelle les vaisseaux lymphatiques qui lui sont propres

deviennent sanguins et variqueux, on a tant de peine à dissiper cet engorgement dangereux. La raison de cette difficulté vient de l'étranglement que souffrent ces vaisseaux dilatés, en traversant ce même tissu fibreux. Voilà aussi pourquoi il est alors souvent utile de faire quelques scarifications vers les bords de la cornée, afin de diminuer l'engorgement en procurant une issue au sang stagnant dans les vaisseaux de cette membrane.

Enfin, au moyen de cette distinction, on connaîtra pourquoi, dans les ophtalmies humides, il se forme si souvent des abcès, des ulcères et des taches sur la cornée, et pourquoi ces accidents n'arrivent pas de même à la sclérotique. Cela ne peut venir que de la différence de leur tissu. En effet celui de la cornée est beaucoup moins serré que celui de la sclérotique, comme il est prouvé par le gonflement qui lui arrive lorsqu'on la fait macérer dans de l'eau commune. On doit donc donner le nom de cornée à la membrane transparente qui se trouve à la partie antérieure du globe de l'œil, et le nom de sclérotique à celle qui est opaque, et qui forme le reste de son enveloppe.

Dans la plupart des animaux, la cornée est un segment d'une sphère plus petite que celle que forme la sclérotique; dans l'homme, la cornée, en la supposant parfaitement sphérique, est un segment d'une sphère qui aurait sept lignes et

demie de diamètre, et la corde de ce segment est communément d'un peu plus de cinq lignes. Le diamètre de la cornée est le même en tous sens, si on le mesure intérieurement : mesuré extérieurement, le vertical est un peu plus court que le transversal. La raison de cette différence vient de ce que la conjonctive s'avance d'environ un quart de ligne sur la cornée, à la partie supérieure de l'œil (pl. 64, fig. 1); elle s'avance un peu aussi sur cette membrane à la partie inférieure, mais beaucoup moins qu'à la supérieure. Cette différence, entre le diamètre transversal de la cornée et son diamètre vertical, est plus apparente dans les vieillards, chez lesquels la figure de la cornée représente un ovale. Elle paraît provenir de la compression continuelle qu'exercent les bords des paupières sur la partie supérieure et sur la partie inférieure de cette portion de la conjonctive qui recouvre la cornée, et qui a reçu le nom d'*adnata*. Cette légère compression, en gênant un peu la circulation dans ces parties de l'*adnata*, la rend à demi-opaque, et à-peu-près de la même couleur que le reste de la conjonctive. Par l'irrégularité du cercle extérieur de la cornée on peut souvent distinguer la partie supérieure d'avec l'inférieure dans un œil tiré de son orbite.

On dit ordinairement que la cornée est un segment de sphère; mais si on examine un œil de côté, on remarquera qu'elle est un peu aplatie latéralement. La cornée est un segment, non

d'une sphère, mais d'un sphéroïde tel, que la section perpendiculaire à la corde du segment serait une ligne hyperbolique. Cette conformation de la cornée est un effet mécanique de la compression continuelle qu'exercent les muscles sur le globe de l'œil. Il s'ensuit de cette compression que les humeurs de l'œil doivent faire continuellement effort contre la sclérotique et la cornée, et que leur effort doit être plus grand vers les deux extrémités de l'axe que par-tout ailleurs, et sur-tout vers l'extrémité antérieure de cet axe, parce que les humeurs se portent encore avec plus de force vers la partie antérieure du globe, et par conséquent vers le centre de la cornée, que vers la partie postérieure de la sclérotique. En effet, la cornée n'étant soutenue par aucune autre partie, la résistance doit être moindre de ce côté-là que du côté du fond de l'œil, parce que ce fond se trouve appuyé sur la graisse et l'extrémité de l'orbite, et encore parce que la sclérotique est plus forte que la cornée, sur-tout par sa partie postérieure. D'ailleurs les muscles droits tirent le globe de l'œil en arrière et poussent les humeurs en devant, ce qui doit augmenter l'effort qui se fait contre le centre de la cornée.

Le centre de cette membrane doit donc être poussé en dehors par les humeurs avec plus de force que les parties qui en sont plus éloignées; d'où il résulte que la figure de la cornée ne doit

pas être exactement sphérique, mais que le centre de cette membrane doit former une légère protubérance; c'est ce dont s'est aperçu Plempius, lorsqu'il a dit : *Cornea, quâ parte uveæ foramen cernitur, paululum extuberat.*

Cette forme hyperbolique de la cornée lui procure, sans doute, des avantages qu'elle n'aurait pas, si elle était simplement un segment de sphère : elle sert vraisemblablement à faire parvenir, sur l'organe immédiat de la vue, les rayons de lumière qui tombent très-obliquement sur la cornée, ou à y réunir plus exactement ceux de ces rayons qui ont différents degrés de réfrangibilité. En effet, Newton a démontré que la forme hyperbolique était la plus propre pour réunir en un seul point tous les rayons qui jouissent d'une réfrangibilité différente. D'après cet illustre physicien, si l'on pouvait parvenir à donner à un verre une forme parfaitement hyperbolique, ce qui est impossible, ce verre pourrait réunir, en un seul point, les différentes espèces de rayons de lumière, ce que ne font point les verres sphériques convexes. Ceux-ci rassemblent bien les rayons en un foyer; mais ce foyer est toujours un peu oblong et a toujours une certaine largeur; ce qui vient de ce que les différentes espèces de rayons, dont la lumière est composée, se réfractent plus ou moins, suivant leur nature. Ce qui rend certain que la forme hyperbolique de la cornée a quelque utilité, c'est que rien n'a été fait

au hasard, et l'auteur de la nature a donné à toutes les parties des corps organisés, la forme la plus convenable pour s'acquitter des fonctions auxquelles il les a destinées.

La cornée est formée par l'assemblage de plusieurs lames ou couches membraneuses appliquées les unes sur les autres, et attachées, non par un tissu cellulaire, tel qu'on le trouve dans toutes les autres parties, mais par un tissu fibreux très-fin et très-serré, qui passe d'une lame à l'autre. Chacune de ces lames ou couches membraneuses est formée par un entrelacement de fibres transparentes, dures, élastiques, qui sont entremêlées d'un grand nombre de vaisseaux lymphatiques d'une finesse extraordinaire. Ces vaisseaux sont une continuation de ceux de la sclérotique et de ceux de la conjonctive.

La cornée est percée d'un grand nombre de pores imperceptibles, par lesquels suinte continuellement une sérosité d'une finesse extraordinaire qui se mêle à la matière des larmes. On peut, aussitôt après la mort, s'assurer de l'existence de ces pores, en pressant un œil que l'on vient d'essuyer. On voit alors, bien sensiblement, une rosée très-fine s'accumuler peu-à-peu jusqu'à former de petites gouttelettes. On peut réitérer cette expérience plusieurs fois de suite sur le même œil. Cette observation est due à Winslow. C'est cette rosée qui, selon les propres expressions de ce célèbre anatomiste, produit sur les

yeux des moribonds une espèce de pellicule glaireuse qui se fend quelquefois peu de temps après.

La transparence de la cornée lui vient du grand nombre et de la finesse des vaisseaux lymphatiques dont elle est parsemée, de la qualité de la liqueur que contiennent ces vaisseaux, du peu d'adhérence qu'ont entre elles les fibres dures et élastiques dont elle est composée, de la transparence même de ces fibres, et du nombre considérable de pores dont elle est percée.

Si quelqu'une de ces circonstances vient à manquer, la cornée perd plus ou moins de sa transparence naturelle, ou peut même devenir entièrement opaque; si, par exemple, la partie rouge du sang passe dans quelques vaisseaux lymphatiques de cette membrane, sa pellucidité en est plus ou moins altérée, et les malades non-seulement ont de la peine à distinguer les objets, mais encore sont incommodés par la présence d'une lumière un peu forte, parce qu'une partie des rayons lumineux, tombant sur les vaisseaux de la cornée, remplis d'une liqueur peu propre à leur donner passage, sont ou arrêtés ou brisés irrégulièrement.

Il est peu d'ophtalmies où cet accident n'arrive, puisqu'il en est peu où le malade n'ait de la peine à supporter une lumière ordinaire, et qui ne soit accompagnée d'un léger trouble dans la vue. Cependant on n'aperçoit pas toujours les vaisseaux de la cornée devenus sanguins, même avec une

forte loupe. Ils peuvent être si fins, qu'ils échappent à la vue la plus subtile; et M. Petit, médecin, membre de l'Académie des Sciences, en disséquant les yeux d'un nègre, aperçut dans la cornée quelques vaisseaux sanguins, qu'il ne pouvait voir que lorsqu'il examinait cette membrane entre la fenêtre et son œil, et qu'il perdait de vue en l'examinant dans une autre situation.

Au surplus, on peut encore assurer qu'il y a des vaisseaux lymphatiques qui sont devenus sanguins dans la cornée, toutes les fois qu'une personne attaquée d'ophtalmie, même légère, voit trouble, et a de la peine à supporter un jour ordinaire; alors cette ophtalmie ne saurait être regardée indifféremment, et traitée avec négligence. Le sang qui passe dans la cornée est toujours à craindre: c'est de lui que naissent les grands désordres qui arrivent à cette membrane. C'est ce sang qui, venant à s'épancher entre les lames dont elle est composée, donne lieu aux abcès qui s'y forment, aux ulcères et aux cicatrices que ces abcès laissent après eux, aux nuages, et aux taches qui restent souvent sur la cornée à la suite d'ophtalmies qui ont présenté les symptômes les moins inquiétants.

Le peu d'adhérence qu'ont entre elles les fibres de la cornée est prouvé par le gonflement qui survient à cette membrane dans la macération, et par la facilité qu'ont à s'étendre les liqueurs épanchées dans sa substance; comme on le voit

dans les abcès dont la matière fuse ordinairement entre ses lames, et laisse une tache blanche bien plus étendue que la cicatrice, et le plus souvent incurable.

Si l'on rapproche les fibres de la cornée, par le moyen de l'eau bouillante, elle diminue considérablement de diamètre et perd beaucoup de sa transparence; la même chose lui arrive si on la fait tremper dans des liqueurs rendues acides par l'addition de quelqu'un des acides minéraux. Il est vrai que, dans l'un et l'autre cas, l'opacité que prend la cornée vient aussi en partie de l'épaississement de la lymphe.

Le nombre considérable de pores dont la cornée est percée est encore une raison de sa transparence; si ces pores viennent à être obstrués par l'épaississement de l'humeur qui en transsude naturellement, elle perd aussi un peu de sa pellucidité et devient terne, telle qu'on la voit aux yeux des agonisants.

La cornée, par sa transparence, donne passage aux rayons de lumière, et ces rayons, brisés en traversant cette membrane, souffrent un premier degré de réfraction. Elle forme la plus grande partie de la chambre antérieure de l'humeur aqueuse, et sert à contenir cette humeur.

La cornée est un peu plus épaisse que la partie antérieure de la sclérotique (pl. 9, fig. 3, et pl. 13); son épaisseur est la même dans toute

son étendue, si on en excepte ses bords, qui sont taillés en biseau pour s'unir à la sclérotique. Chez le fœtus, cette membrane est beaucoup plus épaisse que chez l'adulte. Dans ces premiers temps de la vie, elle est d'une couleur rougeâtre, ainsi que l'humeur vitrée et le nerf optique, et si épaisse, qu'elle rend presque nulle la chambre antérieure de l'humeur aqueuse, de manière que sa face postérieure touche à-peu-près la face antérieure de l'iris. Comme elle est d'un tissu très-lâche à cet âge, on peut diminuer de beaucoup son épaisseur, en la pressant à plusieurs reprises entre les doigts. C'est cette épaisseur de la cornée et sa couleur rougeâtre qui font que les enfants nouveaux-nés ne distinguent les objets que confusément; ils ne commencent à voir distinctement que lorsque la capacité des chambres de l'humeur aqueuse augmente et que l'épaisseur de la cornée diminue.

Cette membrane semble ne prendre d'accroissement que par ses bords, c'est-à-dire dans les points où elle s'unit à la sclérotique, et il y a apparence que toutes ses parties ne croissent pas également, mais que celles qui sont vers le centre acquièrent d'abord la solidité et le degré d'accroissement qu'elles doivent avoir dans la suite. L'observation suivante, que mon père a eu occasion de faire, paraît prouver que la cornée ne prend d'accroissement que par ses bords. Un en-

fant eut, à l'âge de six mois, une violente inflammation à l'œil, suivie d'un d'abcès à la cornée lequel, s'étant ouvert, donna lieu à une effusion de l'humeur aqueuse et à une adhérence de l'iris à la cornée auprès de l'union de cette membrane avec la sclérotique. A l'âge de huit ans, elle était à une ligne du centre de la cornée; d'où il résulte que cette membrane avait pris son accroissement entre l'adhérence et le bord de la sclérotique.

J'invite le lecteur à consulter un Mémoire de mon père, lu à l'Académie des Sciences, et relatif au mécanisme des mouvements de l'iris, dont le mode semble faire exception aux lois générales. Il est inséré dans le recueil de cette compagnie, tome II, des Savants étrangers.

On a nié, dans des temps postérieurs, l'existence des fibres circulaires et des fibres longitudinales de l'iris, les premières musculaires, et les secondes tendineuses et élastiques, auxquelles mon père a attribué ces mouvements. Cependant je trouve, dans le Traité si exact d'Anatomie descriptive de M. Cloquet, que récemment M. le docteur Maunoir, de Genève, semble avoir confirmé l'existence des fibres musculaires, contre l'opinion la plus générale. Il a reconnu, à l'aide d'une forte loupe, que ces fibres forment deux sortes de plans, l'un externe, radié, plus large, dilatateur de la pupille, et correspondant à l'anneau coloré externe; l'autre interne, plus étroit,

composé de fibres circulaires, constricteur ou sphincter de la pupille, et correspondant à l'anneau coloré interne.

Si les détails donnés par M. Maunoir, qui est en possession d'inspirer une grande confiance, ramènent aux fibres circulaires et aux fibres radiées que mon père a décrites, en prouvant que ces dernières n'agissent que par leur élasticité, je prierai qu'on fasse encore plus d'attention à un phénomène particulier, bon d'ailleurs à remarquer sous d'autres rapports; il consiste en ce que, si on examine avec attention et au grand jour des yeux très-sains, dans lesquels les mouvements de la pupille se font avec beaucoup de liberté, on trouve les pupilles rétrécies. Si on couvre les yeux avec les mains pour leur dérober la lumière, ces ouvertures se dilatent; mais si on les découvre subitement, on voit les pupilles se rétrécir avec précipitation jusqu'à un certain point, et *se dilater ensuite un peu.* Cette petite dilatation se fait sensiblement par un mouvement de ressort.

Si définitivement on ne veut point admettre des fibres circulaires et des fibres longitudinales, il faut avoir recours à un tissu particulier de notre économie, que MM. les docteurs Dupuytren et Rullier ont, dans ces derniers temps, proposé de spécifier sous les noms de tissu érectile, ou caverneux, ou spongieux, et qu'ils disent

avoir été oublié par l'immortel auteur de l'Anatomie générale dans l'indication des différents tissus ou systêmes auxquels il a ramené tous les solides organiques Ce tissu (1) unirait le lacis vasculaire qui compose la membrane iris, et constituerait un de ses plus importants éléments.

Winslow a remarqué que le centre de la pupille répond au centre du cristallin, et se trouve un peu plus près du grand que du petit angle.

M. Petit, de l'Académie des Sciences, a fait observer que l'iris est plane (pl. 13, fig. 1 et 2; pl. 64, fig. 3).

Considérations sur la structure des nerfs optiques, et observations d'anatomie pathologique.

Il n'y a aucune partie du corps qui reçoive proportionnellement une quantité aussi considérable de nerfs que l'œil. En effet, cet organe reçoit la deuxième paire, la troisième, la quatrième, la première branche de la cinquième et la plus grande partie de la sixième.

La deuxième paire est destinée toute entière à la formation de l'organe immédiat de la vue. Ces nerfs, qui ont reçu le nom de nerfs optiques, sont les plus gros des nerfs simples du corps humain. M. Marjolin, dans son Manuel d'Anato-

---

(1) Voyez, Diction. des Sciences méd., le mot *érectile*, par MM. Chaussier et Adelon.

mie, dit : « La plupart des anatomistes anciens ont avancé que les nerfs optiques naissent des couches optiques. Plusieurs anatomistes adoptent encore cette opinion. Ridley, Zinn, Winslow, Boyer, Soemmerring, dérivent ces nerfs des couches optiques et de la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux. Haller et Lieutaud n'ont point vu les filets nerveux qui proviennent de ces tubercules. Les nerfs optiques, dit Sabatier, naissent en arrière des éminences *nates* et *testes*, vers la partie postérieure de celles que l'on nomme *les couches des nerfs optiques*. Bichat émet une opinion peu différente. Suivant lui, ces nerfs naissent par une extrémité assez épaisse de la partie inférieure et postérieure des couches optiques, à l'endroit où ces éminences font saillie à la partie inférieure du cerveau, derrière les prolongements antérieurs de la protubérance cérébrale... A leur origine se trouvent deux ou trois saillies assez sensibles, qui semblent indiquer cette origine, et dont l'une se continue avec les tubercules quadrijumeaux. Au reste on ne peut point distinguer comment a lieu cette origine au-delà de la superficie de la couche optique, soit qu'on fende celle-ci transversalement, soit qu'on la coupe horizontalement.

« MM. Gall et Spurzheim (1) soutiennent que

(1) Gall et Spurzheim, anatomie et physiologie du système nerveux en général, et anatomie du cerveau en particulier. Tome 1, pag. 80 et suiv.

les nerfs optiques ne proviennent point des couches du même nom : on voit très-distinctement, disent-ils, chez l'homme et les animaux, plus distinctement pourtant chez ceux-ci, par exemple, dans le cheval, le mouton, le cochon, le chien, etc., sortir de la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux une large bande composée de filaments nerveux. Cette bande se contourne sur le bord extérieur des couches optiques, se joint encore à un amas considérable de masse grise, qu'on appelle *corpus geniculatum externum*, et s'y renforce. Jusque-là, la bande entière est adhérente aux couches optiques; mais ensuite elle est simplement superposée sur les faisceaux des pédoncules, où elle cesse d'être attachée, à l'exception de son bord externe antérieur, par lequel elle est unie aux fibres cérébrales voisines. En avant, le nerf optique, qui s'arrondit toujours davantage, adhère à une couche ferme de substance grise (le *tuber cinereum*), et en reçoit, sur-tout dans sa face supérieure, plusieurs nouveaux filets nerveux qui ne s'entre-croisent pas, mais s'unissent à chaque côté du nerf en suivant une ligne droite... Ces filets le renforcent tellement, que, lorsqu'il se sépare après la réunion, il est sensiblement plus gros qu'il n'était auparavant.

« MM. Gall et Spurzheim étayent encore des preuves suivantes leur opinion sur l'origine des nerfs optiques : 1° Ces nerfs n'étant que super-

posés sur les couches optiques, il arrive que, s'ils s'atrophient, ces couches n'éprouvent alors aucune altération, parce qu'elles n'ont réellement rien de commun avec ces nerfs. 2° Si on enlève les fibres transverses supérieures du nerf optique, toutes les fibres intérieures vont des cuisses aux circonvolutions dans la direction longitudinale. 3° Le volume des couches optiques n'est pas proportionné à celui des nerfs optiques. 4° Chez le cheval, le bœuf, le cerf, les couches optiques sont beaucoup plus petites que chez l'homme, quoique chez ces animaux le nerf optique soit plus gros; mais il existe une proportion entre la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux et le nerf optique. 5° Willis, et, depuis lui, plusieurs anatomistes ont confondu la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux des oiseaux et des poissons, avec les couches optiques des mammifères : or le nerf optique venant bien distinctement chez les oiseaux de la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux, on pourrait en conclure que chez les mammifères il doit avoir la même origine. »

Le procédé auquel M. Marjolin a ordinairement recours, pour suivre les nerfs optiques jusqu'à leur origine, est celui-ci : « Il renverse en dehors la partie interne des lobes moyens du cerveau, de manière à ouvrir assez largement les ventricules latéraux à leur partie inférieure, et à mettre à découvert le prolongement antérieur de

la protubérance annulaire, et, en inclinant ensuite successivement la masse encéphalique sur chacun de ses bords droit et gauche, il découvre assez facilement le nerf jusqu'à son extrémité postérieure. Soemmerring a fait représenter (1) l'origine des nerfs optiques mise à découvert par un autre procédé. Les membranes du cerveau se trouvent enlevées; la base de la masse encéphalique est tournée en haut; les lobes moyens du cerveau sont coupés en travers jusqu'à la partie externe des nerfs optiques, à-peu-près au niveau de la partie antérieure de la protubérance annulaire, et la partie postérieure de ces lobes se trouve ainsi entièrement séparée du reste de l'organe.

« La manière dont se comportent les nerfs optiques au-devant du *tuber cinereum* est encore un sujet de controverse pour les anatomistes (2). La substance de chacun de ces deux nerfs se mêle-t-elle entièrement en cet endroit sans qu'ils s'entre-croisent? quelques-unes de leurs fibres seulement s'entre-croisent-elles? ou bien ces nerfs s'entre-croisent-ils complètement? Ces trois opi-

(1) De basi encephali, etc. tabul. II — III.

(2) Soemmer. de basi encephali. — Soemmer. de corporis humani fabric., tom. IV, pag. 201. — Gall et Spurzheim, anat. et physiolog. du systême nerveux, page 83.

La dissertation de Soemmerring, *de basi encephali*, se trouve dans Ludwig, *scriptores nevrologici minores selecti*, tom. II.

nions partagent encore les auteurs. La dissection des nerfs optiques, dans l'état sain et faite sur l'homme, ne peut rien apprendre à ce sujet; mais des faits nombreux, rapportés par Soemmerring et par différents anatomistes, prouvent qu'il existe un véritable entre-croisement. Soemmerring fait d'ailleurs observer qu'il n'a point encore pu s'assurer si tout le nerf ou seulement une partie de ses fibres forme cette décussation dans l'espèce humaine. »

Les deux nerfs optiques, en s'approchant et en s'unissant au-devant de la fosse pituitaire, forment, par leur union, un carré qui se trouve sur la gouttière transversale du sphénoïde, ou selle turcique. Les dimensions de ce carré varient beaucoup dans les différents sujets. Ces nerfs s'écartent ensuite de nouveau, et s'avancent de dedans en dehors, de haut en bas et de derrière en devant, pour sortir du crâne par les trous optiques. Ils sont légèrement aplatis avant leur union, et conservent encore un peu de cette forme après leur séparation. Leur union paraît destinée à les affermir dans leur long trajet, et à faciliter leur entrée dans l'orbite. On a longtemps cru qu'ils s'entre-croisaient au lieu de s'unir seulement. Cette opinion avait été abandonnée. On y est revenu dans ces derniers temps, comme on vient de voir par le passage que j'ai emprunté à M. Marjolin : depuis ces nouveaux doutes, une femme âgée, dont l'œil droit était anciennement

atrophié, étant morte, j'ai saisi l'occasion de faire l'ouverture de sa tête. J'ai vu le nerf optique de ce côté réduit au quart de la grosseur de l'autre; il avait pris une couleur jaunâtre, et il était entièrement désorganisé: ses fibres ne se mêlaient point à celles du nerf optique gauche, qui formait à lui seul les deux tiers de la largeur du carré résultant de leur union. Ce carré était diminué de largeur du côté droit. L'émaciation et la même couleur se continuaient du même côté depuis le globe de l'œil jusqu'auprès de la naissance de ce nerf. Il était évident que les fibres des deux nerfs ne se mêlaient pas à l'endroit de leur réunion. Cette observation et plusieurs autres que j'avais déja recueillies, m'ont démontré que ces nerfs ne s'entre-croisent point au-dessus de la selle turcique, opinion que je conserve, malgré de graves autorités qui la combattent. (*Voyez* l'observ. 299, tome II, page 506.).

Valverda (1), Riolan (2), Césalpin, cité par Riolan, Santorini et Vésale (3), ont toujours trouvé, dans les sujets qui avaient un œil atrophié, que le nerf optique émacié gardait constamment le même côté depuis son origine jusqu'à son insertion au globe de l'œil. Santorini, dans une observation de cette espèce, a remarqué que la sub-

(1) Anat. corp. human. lib. 7, cap. 3, et tab. 1, fig. 1.

(2) Anthropogr. lib. 4, cap. 2.

(3) De corp. human. fab. lib. 4, cap. et fig. 4.

stance du nerf optique atrophié ne se mêlait point avec celle du nerf optique sain; d'où il a conclu, selon moi avec raison, que les nerfs optiques, non-seulement ne s'entre-croisaient pas sur la selle turcique, mais que leur substance ne se confondait même pas.

Vésale a trouvé sur un sujet les nerfs optiques séparés l'un de l'autre dans la totalité de leur trajet. Ces nerfs ne s'unissaient point au-dessus de la selle turcique. Vésale, qui connaissait cet homme depuis long-temps, s'informa de ses parents, s'il s'était plaint d'avoir vu double; et il apprit que jamais on ne l'avait entendu se plaindre de sa vue. Il a donné la figure de ces deux nerfs optiques, et a conclu de cette observation qu'il n'y avait point entre-croisement au-dessus de la selle turcique.

Des désordres dans l'intérieur du cerveau sont assez fréquemment des causes de l'amaurose. Comme je me propose de donner une certaine quantité d'observations relatives à cette maladie si commune et si redoutable, je crois utile de placer ici une notice abrégée de différentes observations d'anatomie pathologique, recueillies à ce sujet, qui peuvent jeter quelque clarté sur sa nature. Il faut cependant bien se garder de croire qu'il y ait lésion de ce genre dans le plus grand nombre de ces cas. M. Portal, à qui l'art a de si grandes obligations, s'exprime ainsi dans son Anatomie médicale.

« Dans quelques affections du cerveau, on a vu une pupille conserver toute sa sensibilité, tandis que l'autre l'avait entièrement perdue. On a trouvé plusieurs fois, dans ce cas, la couche du côté opposé plus ou moins altérée dans son volume ou dans sa texture; mais bien plus souvent on a reconnu quelque lésion dans la couche ou le nerf optique du même œil, comme quelque tumeur extérieure, une dilatation de ses artères, de ses veines, une infiltration de leur tissu qui l'aurait ramolli, ou une humeur lymphatique, concrétée, scrophuleuse, qui l'aurait durci. Cependant les ouvertures des corps ne démontrent très-souvent aucune affection dans les couches ni dans les nerfs optiques des sujets qui ont éprouvé la goutte sereine la plus complète, et particulièrement après des affections catarrhales, après des coups ou des chûtes violentes sur la tête, après des blessures des parties voisines de l'œil, telles que celles du nerf ophtalmique; après des convulsions des yeux chez des enfants, par cause de vers ou de la dentition. »

Mon père fut appelé en consultation par M. Des Essarts pour voir le fils de M. L***, âgé de sept ans, devenu entièrement aveugle depuis cinq semaines, et qui était alors dans le cours d'une fièvre angioténique, à laquelle il succomba neuf jours après. Lorsque mon père le vit il avait les pupilles dilatées au même degré que celle qui

est représentée par la figure 2, planche 20. Deux mois auparavant, une éruption, qui fut désignée sous le nom d'humeur de gourme, avait disparu assez brusquement de la tête. L'enfant se plaignait d'une légère douleur à la rate.

Je fus appelé dix jours après pour en faire l'ouverture.

Autopsie.

Je trouvai un gobelet d'eau dans les ventricules du cerveau. Toutes les parties contenues dans le bas-ventre étaient dans un état d'inflammation plus ou moins marqué.

J'ai ouvert plusieurs autres enfants morts aveugles, auxquels j'ai trouvé de l'eau dans le cerveau.

Au lieu de donner quelques observations d'ouvertures qui me sont propres, j'aime mieux rappeler sommairement ici les résultats d'autopsies consignés dans des ouvrages justement célèbres, dont l'exactitude a été plus d'une fois reconnue, et qui me paraissent suffisants pour faire comprendre comment des amauroses peuvent être produites par des causes dont le siége est dans l'intérieur du crâne.

Observation a.

Amaurose produite par une tumeur de forme ronde, qui comprimait les nerfs optiques dans le cerveau.

Un jeune homme de vingt-quatre ans fut pris d'une douleur de tête avec fièvre, à la cessation de laquelle la céphalalgie continua... Insomnie... Faiblesse de la tète..... La vue de l'œil gauche commença à s'obscurcir. Un mois après, même maladie au droit, suivie d'une cécité complète, sans vice apparent dans l'organe... Convulsions par paroxismes pendant tout l'hiver...., cessées au retour du printemps. Toux, fièvre hectique..... Crachats purulents; après un état de dépérissement qui dura assez long-temps, mort. A l'ouverture du corps, on trouva les poumons viciés... Le cerveau infiltré d'une grande quantité d'eau, sa partie antérieure, sur-tout du côté gauche, plus élevée. En enlevant une portion de ce viscère, on vit une tumeur ou une espèce de globe ressemblant à une glande scrophuleuse, enfermée dans la substance du cerveau, dont elle était cependant séparée : elle était contenue dans une membrane dure qui lui était propre. Des veines capillaires étaient dispersées dans son tissu : elle était plus grosse qu'un œuf de poule et inégale. Sa substance intérieure était blanche et égale, semblable au blanc d'œuf durci par le feu, mais

plus dure. Sa pointe obtuse était un peu élevée; et, par sa base, elle comprimait de tout son poids, qui était de quatorze drachmes, le cerveau, près de la naissance des nerfs optiques. Il ne nous parut d'ailleurs aucune obstruction, ni aucun autre vice, dans ces nerfs, non plus que dans l'œil (1).

Observation b.

J'ai disséqué une fille de dix-huit ans, attaquée de diabètes depuis plusieurs années, qui était devenue aveugle quelques jours avant sa mort, par l'effet d'une goutte sereine si parfaite, qu'elle n'apercevait pas la lumière d'une chandelle approchée de ses yeux.

A l'ouverture du crâne, je trouvai une grande vessie située sur les nerfs optiques, au-dessus de leur union, et, en la perçant, j'en fis sortir environ une demi-livre d'eau très-claire, semblable à la liqueur qui lui avait servi de boisson, et qui, n'ayant pu être filtrée par les reins, à cause de leur état de maladie, avait monté à la tête et occupé cette place (2).

Observation c.

J'ai trouvé, dans la tête d'une femme, une pierre de la grosseur d'un haricot dans l'origine

---

(1) Fel. platerus. observ. lib. I, pag. 108.

(2) Petrus Pawius. observat. ij.

et la substance même des nerfs optiques (*). Cette pierre avait donné lieu à des douleurs de tête inouies, qui avaient été suivies de la cécité, et, trois jours après, de la mort (1).

Observation d.

Aveuglement causé par une tumeur stéatomateuse située entre le cerveau et le cervelet.

Observation e.

Diminution de la vue d'une femme âgée, à laquelle on trouva une portion du cerveau infiltrée de sang et ramollie : un gros caillot était enfermé dans une cavité particulière.

Observation f.

Goutte sereine subite après une saignée à la veine du front.

Observation g.

Amaurose par un amas considérable de sérosité entre la dure-mère et la pie-mère, qui comprimait le cerveau.

Observation h.

Amaurose par de l'eau qui avait macéré la substance corticale du cerveau.

(*) Je crois qu'il faut lire : d'un des nerfs optiques.

(1) Nic. de Blegny zodiacus medico gallicus. pag. 81.

Observation i.

Un enfant hydrocéphale devint aveugle, et mourut. Les nerfs étaient désorganisés par la pression de l'eau amassée.

Observation k.

Douleurs à un œil par l'effet de pus épanché entre le cerveau et ses membranes.

Observation l.

Exophtalmie chez un petit enfant de trois ans par une tumeur située entre le crâne et la dure-mère.

Observation m.

Extirpation d'un œil dont les humeurs étaient changées en une matière sébacée. *Voyez* aussi tom. III, page 330, obs. 413.

Observation n.

Un soldat fut blessé d'un coup de sabre à la partie postérieure de la tête. Le sixième jour, il se plaignit de douleur à l'œil droit. Après sa mort, je trouvai, dans le côté gauche du cerveau, un abcès considérable, contenu dans un sac particulier, et duquel il s'écoula une grande quantité de pus fétide. Les ventricules du cerveau étaient un peu comprimés, sur-tout le gauche; le droit était plein de sérosité.

Observation o.

Un enfant de sept ans était continuellement tourmenté d'une douleur de tête avec impossibilité de lever les yeux, qu'il tenait toujours fixés vers la terre. On trouva, à la partie antérieure de la tête, une grande quantité de sérosité entre le cerveau et ses membranes.

Observation p.

Un enfant de neuf ans était tombé sur la tête : cet accident fut suivi de céphalalgie avec fièvre continue, et enfin de la cécité, et de la mort. On trouva les nerfs optiques légèrement fléchis; ils avaient contracté une solidité contre nature, et étaient devenus si fragiles, qu'un léger attouchement de la main suffisait pour les briser.

N. B. Toutes les observations dont je viens de donner soit des extraits, soit les titres seuls, se trouvent dans le *Sepulchretum* de Bonnet.

Observation q.

Exophtalmie par l'effet d'une tumeur située au fond de l'orbite.

Nous avons vu clairement que cette chûte de l'œil était occasionnée par une tumeur qui avait son siége derrière cet organe. Après l'avoir ouverte, nous vîmes çà-et-là des veines déchirées,

des membranes distendues, des os cariés, et une si grande quantité de sang répandue, tant au-dedans qu'au-dehors du cerveau, qu'il ne nous parut point étonnant que cette fille eût fini par succomber (1).

Observation r.

Amaurose par la contorsion des nerfs optiques (2).

On trouve, dans le Sepulchretum de Bonnet, que l'origine des nerfs optiques n'étant pas à la partie antérieure des couches optiques, mais en arrière du cerveau, elle peut servir à expliquer l'efficacité du séton passé à la nuque dans les affections des yeux qui ont leur siége dans les nerfs. Hildanus n'a jamais commencé le traitement d'une maladie grave des yeux, qu'il n'ait employé ce moyen.

Observation s.

M. Breschet rapporte (3) que MM. Cloquet et Béclard ont vu une hydatide de la grosseur du poing, qui occupait l'intérieur de l'hémisphère gauche du cerveau d'un jeune garçon de onze ans et demi.

---

(1) Nic. Tulpius, observat. lib. I, ch. 28.

(2) Boneti Sepulchretum. de oculor. affect.

(3) Dict. des Sciences médicales, tome XIV, page 359.

Observation I.

« M. Magendie (1), prosecteur à l'École de Médecine de Paris, a présenté à la Société anatomique, le 29 décembre 1808, un œil dans lequel la rétine était convertie en une membrane fibreuse. Cet œil offrant quelques autres particularités remarquables, j'en joins ici la description. M. Magendie, faisant répéter l'opération de la cataracte à un élève sur un cadavre dont l'un des yeux était réellement atteint de cette affection, s'aperçut que le cristallin était fortement adhérent. Il enleva l'œil de l'orbite et l'incisa. Ce fut en cet état qu'il présenta la pièce à la Société anatomique, et que j'ai eu l'occasion de l'examiner. Je ne puis dire, en conséquence, en quel état était l'humeur vitrée, et quels étaient les rapports du cristallin avec les parties environnantes. Toute la chambre postérieure (*) était tapissée par une membrane blanche, fibreuse, très-ferme, tout-à-fait semblable à une aponévrose. Cette membane, qui était évidemment la rétine, recouvrait une couche osseuse à laquelle elle adhérait presque par-tout, à l'aide d'un tissu cellulaire très-serré. L'épaisseur de cette couche osseuse était

(1) Article par M. Laennec. Voyez le mot *fibreux*, Dictionnaire des Sciences médicales.

(*) Cette couche osseuse s'étendait, à ce qu'il paraît, sur la presque totalité de la concavité du globe, à l'instar d'une semblable trouvée par Haller. (Obs. patholog. *Oper. min. obs.* 65.)

assez inégale, et variait d'un quart de ligne (un demi-millimètre) à trois quarts de ligne (un millimètre et demi). Cette couche osseuse formait une enveloppe presque complète à la rétine. Derrière elle, se trouvait la choroïde, qui lui adhérait intimement dans une grande partie de son étendue. La choroïde était d'ailleurs saine, et ses rapports avec la sclérotique étaient les mêmes que dans l'état naturel. »

Observation u.

Lue, avec la suivante, à la Société de Médecine de Paris, le 2 *août* 1814, *par M.* Gallereux, *docteur en médecine* (1).

« Un homme, âgé de quarante ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 10 janvier 1812, pour y être traité d'une fièvre adynamique. Cette maladie, marquée par les symptômes les plus graves, se termina par la mort, le quinzième jour de son invasion.

« Ce malade avait, depuis six mois, perdu la faculté de voir de l'œil gauche. Cette affection s'était développée d'une manière successive, et paraissait causée par de violents maux de tête, qui furent eux-mêmes attribués à ses travaux habituels, qui consistaient à porter des fardeaux

(1) Les deux observations ont été insérées dans le Journal de la Société avec mon rapport.

très-pesants sur cette partie. L'œil paraissait sain; seulement on apercevait, dans le fond, quelque chose qui offrait une couleur verdâtre : l'iris jouissait de toute sa mobilité.

« Le cadavre ayant été ouvert, le professeur de clinique, M. Récamier, n'y trouva rien de bien remarquable. J'examinai alors l'œil malade; j'en trouvai toutes les parties intactes. Je mis le nerf optique à découvert; j'en incisai la gaîne, et je le trouvai, dans presque la moitié de son étendue, comme tombé en suppuration, et réduit en une matière liquide d'un blanc-sale.

« Je ne doutai pas que ce ne fût la cause de la cécité, et que l'amaurose ne dépendait point, dans ce cas, de la paralysie de la rétine. »

Observation v.

« Le nommé Meunier, âgé de trente-six ans, mourut, dans le même hôpital, le 7 novembre 1812, à la suite d'une péripneumonie chronique. Le sulfure de potasse à l'intérieur, et un séton sur la poitrine, avaient été employés sans succès. Cet homme était privé de la vue du côté gauche depuis environ deux mois; elle s'était perdue graduellement. Aucune douleur n'avait précédé cet accident.

« La dissection du globe de l'œil ne fit découvrir aucune altération dans cet organe. Le nerf optique fut mis à nu. Je trouvai, dans le milieu de son corps, un petit tubercule d'une consis-

tance assez dure, d'une couleur grisâtre, et un peu plus gros qu'un grain de chenevis. J'attribuai la maladie, et je crois avec raison, à la présence de ce tubercule.

« Chez ce malade, comme chez le sujet de la première observation, l'iris jouissait de toute sa mobilité; mais le fond de l'œil ne présentait aucune couleur particulière.

Réflexions.

« Chez ces deux individus l'iris était mobile, et la maladie n'existait pas dans le globe de l'œil, mais bien évidemment dans le nerf optique. Chez tous deux, elle a été confondue avec l'amaurose ou paralysie de la rétine. Il importe donc, si non peut-être pour les malades, au moins pour l'art, de ne pas confondre deux affections semblables par leur résultat, mais bien différentes par leur nature.

« D'après les observations précédentes, ne paraît-il pas certain que, dans les cas de goutte sereine, rapportés par les auteurs, et dans lesquels la pupille se dilatait et se resserrait comme dans l'état ordinaire, la maladie n'existait pas dans la rétine, mais dans le nerf optique? En supposant la chose démontrée, ne peut-on pas se rendre compte de la mobilité de l'iris de la manière suivante? Dans les maladies du nerf optique, la rétine jouit de toute sa sensibilité; elle reçoit l'impression de la lumière, et réagit sympathiquement

sur l'iris absolument comme dans l'état sain ; l'altération du nerf optique s'oppose à la transmission de cette impression au cerveau, d'où suit conséquemment la cécité. Dans ce cas, tous les phénomènes mécaniques de la vision, si je puis m'exprimer ainsi, s'exécutent d'une manière parfaite ; mais il manque, je le répète, la transmission au cerveau de l'impression des rayons lumineux sur la rétine, à laquelle l'altération du nerf optique met obstacle.

« La mobilité de l'iris, le développement progressif de la perte de la vue, suffisent, ce me semble, pour faire distinguer la cécité provenant des maladies du nerf optique d'avec la goutte sereine proprement dite. A ces deux phénomènes caractéristiques, peut-être devrait-on joindre une couleur verdâtre au fond de l'œil. »

N. B. La société m'ayant chargé de l'examen de ces deux observations, j'ai fait le rapport suivant :

On connaît beaucoup d'observations analogues ; mais en voici deux qui sont bonnes à recueillir, parce qu'elles sont faites avec soin. Elles peuvent offrir deux preuves de plus, que souvent la paralysie du nerf optique ou de la rétine est incurable, et que, dans le cas où cette maladie est déja ancienne et portée à un certain degré, elle ne conduit que trop souvent à la perte d'un œil ou des deux yeux, malgré le traitement le plus sagement dirigé.

Si le sujet de la première observation eût vécu plus long-temps, l'altération du nerf optique se serait probablement prolongée dans une plus grande étendue, peut-être même jusqu'à son origine. En montrant, dans mes leçons sur la structure et les maladies de l'œil, des nerfs optiques altérés, j'ai fait remarquer que l'altération du nerf optique de l'œil perdu se continuait quelquefois dans toute son étendue, et c'est par des observations semblables que l'on a rectifié l'erreur ancienne, que les nerfs optiques s'entrecroisaient sur la selle turcique.

La couleur verdâtre que l'on apercevait au fond de l'œil de ce sujet est ordinairement d'un très-mauvais augure; elle annonce le plus communément une très-prochaine désorganisation du globe. S'il eût vécu, il aurait eu assez promptement un glaucôme; la pupille se serait dilatée; l'iris aurait perdu tout mouvement de constriction et de dilatation; on aurait aperçu plus aisément la teinte verdâtre de la pupille; puis, le corps vitré et la lentille cristalline seraient devenus plus ou moins trouble; le globe aurait acquis de la dureté par le dérangement de la circulation dans les milieux transparents, et l'œil sain aurait pu éprouver le même sort.

Ordinairement les maux de tête, cause première assez fréquente d'accidents aussi graves, diminuent lorsque la maladie est formée; seulement le malade ressent, si non toujours, au moins

très-long-temps, des douleurs dans le voisinage du globe, particulièrement à l'arcade orbitaire et au sommet de la tête. Ces douleurs se font sentir sur-tout dans les changements de temps.

Le sujet de la seconde observation n'était pas menacé de désordres aussi sérieux; il en aurait été probablement quitte pour ne pas voir de cet œil, dont l'iris aurait pu conserver ses mouvements de constriction et de dilatation, et le mal n'aurait pas continuellement menacé l'œil sain.

Il me paraît certain que l'auteur, en s'assurant que l'iris de l'œil malade de chacun de ces deux sujets jouissait de toute sa mobilité, a eu soin de cacher l'œil opposé. Il sait sûrement que, très-souvent, l'iris la plus immobile reprend des mouvements de constriction et de dilatation, lorsqu'on l'examine en soumettant l'autre œil aux mêmes épreuves.

Les conséquences que M. Gallereux tire de ces deux observations paraissent justes et conformes à la bonne théorie et à la saine pratique.

SECTION II.

Maladies des Paupières.

CHAPITRE PREMIER.

Des phlegmasies des glandes de Meibomius, et de la marge des paupières (1).

Cette phlegmasie, souvent sanguine, plus ordinairement lymphatique, tient presque toujours plus ou moins de la nature de l'une et de l'autre de ces diathèses. Elle accompagne fréquemment d'autres maladies de l'œil, et sur-tout l'ophtalmie. (*Voyez* sect. IV, chap. 1). Je ne parlerai ici que de celle qu'on peut regarder comme idiopathique, ou au moins comme dominant sur les autres symptômes. Elle se présente tous les jours, dans la pratique, sous différentes formes, qui ont déterminé les auteurs grecs, et, après eux, les latins, à inventer, pour désigner ces variétés, des noms qui surchargent inutilement la science et la mémoire. Dans l'état actuel de nos connaissances, j'en propose la suppression.

---

(1) Synonymie. λημαὶ, chassie; λημαὶ ξηραὶ, chassie sèche; Βλεφαρων ψωρα, paupières galleuses, HIPPOCR. *Pituita oculorum*, CELSE. *Lippitudo dura*, Aëtius.

Si les anciens avaient bien connu la structure des différentes parties qui composent les paupières (*voyez* les quatre premières planches), ils n'auraient pas cru devoir imposer un nom particulier à des symptômes qui souvent changent d'un jour à l'autre, pendant la durée de l'engorgement de ces organes délicats. Je desire qu'on trouve ici les noms suivants pour la dernière fois, et qu'on ne conserve que ceux qui, sans avoir une véritable utilité nosographique, auront au moins l'avantage de désigner des affections qui se rencontrent dans la pratique. Je conserve aussi par respect les noms donnés par le père de la médecine; mais ceux que je regarde comme superflus ne se trouvent pas dans les immortels écrits de l'illustre médecin de Cos : par exemple, le mot *phtiriasis* est inutile, et ne doit pas plus exister que la maladie que certains auteurs ont voulu désigner (1). Je ne trouve aucune indication, même vague, de son existence dans le grand nombre de Mémoires à consulter sur les maladies des yeux, que j'ai lus pour la seconde fois depuis quelques années, ni dans les journaux de pratique journalière de mon père, ni dans les miens, et je ne l'ai jamais vue. Je ne la regarderais même pas comme existante et comme formant une affection particulière, quand je rencontrerais entre

(2) Celse, lib. VI.

les cils, à l'aide de la loupe, le sarcopte de la gale humaine (1), où tout autre insecte aussi incommode.

Lorsqu'on réfléchit que les glandes de Meibomius et les cryptes muqueux de la portion de la conjonctive qui revêt la face interne des paupières, sont souvent le siége d'une phlogose plus ou moins forte, aiguë ou chronique, cette dernière, plus ou moins latente, on en tire aisément la conséquence que, suivant la nature, le degré et le lieu de l'irritation, les conduits excréteurs des glandes de Meibomius doivent quelquefois exprimer une matière sébacée qui s'amasse entre les cils, où elle prend fréquemment un caractère de sécheresse; que les cryptes muqueux, gorgés à la surface interne des paupières, occasionnent aussi parfois un sentiment d'aspérité; qu'il peut tomber des cils, et que nous n'avons pas besoin, pour exprimer ces effets, des mots *psorophtalmie*, *sclérophtalmie*, *trachoma*, *madarosis* et *milphosis*, qui signifient, avec *ptilosis*, chûte de cils (2). A quoi bon conserver *scleriasis*, pour dureté, *trachoma*, pour aspérité, et *mydesis*, pour gangrène des paupières, maladie qui ne présente à ces parties aucun phéno-

---

(1) Voyez l'excellent article *Gale*, par M. le docteur Fournier, Diction. des Sciences médicales.

(2) Aëtius. tetrabibl. serm. 3.

mène particulier, et qu'il est si rare d'y rencontrer, que je me dispenserai d'en parler, en renvoyant aux ouvrages de médecine, notamment à l'art. *gangrène*, par M. le docteur Hébréard (1)? Je ne parlerai même des furoncles et des engorgements de différentes natures qui peuvent intéresser le tissu de la peau des paupières, que pour recommander les plus grands soins et la plus scrupuleuse observation d'un régime convenable pendant leur durée, afin que ce tissu cutané, si délicat et si important, souffre le moins possible de leurs effets.

Lorsque je suis consulté dans le principe d'un abcès prêt à se former dans le tissu cellulaire situé sous la peau auprès de l'œil, je fais appliquer ordinairement des sangsues sur la partie même tuméfiée. Elles enlèvent le plus souvent le gonflement en douze heures. Un parent du célèbre imprimeur, aux presses duquel est due l'exécution du présent ouvrage, vint me trouver, le 17 janvier 1817, ayant depuis fort peu d'heures un gonflement extrêmement douloureux sous la peau de la paupière inférieure de l'œil gauche, vers l'angle externe, avec de violents élancements qui s'étendaient dans l'orbite autour du globe. Il était évident qu'un dépôt se préparait. Je lui fis ap-

---

(1) Diction. des Sciences médicales.

pliquer, deux heures après, à huit heures du soir, sur l'endroit gonflé, des sangsues, dont les piqûres saignèrent toute la nuit; le lendemain, le gonflement n'existait plus, et les douleurs avaient disparu.

J'ai vu plusieurs fois l'anthrax menacer les paupières d'une désorganisation complète, et cependant leur tissu se rétablir, après la disparition des accidents, d'une manière plus satisfaisante qu'on n'aurait osé l'espérer.

La phlegmasie des glandes de Meibomius et de la marge des paupières est aiguë ou chronique. Hippocrate a désigné la première dans le passage suivant :

« Les fluxions qui se jettent sur les yeux, lorsqu'elles ont une acrimonie considérable, ulcèrent les paupières, corrodent quelquefois les joues et les parties qui sont au-dessous des yeux; elles percent et détruisent la tunique qui revêt l'œil; elles sont accompagnées de douleur, de chaleur et d'inflammation, jusqu'à ce que les matières qui s'écoulent aient acquis un certain degré de coction, qu'elles se soient épaissies et changées en chassie (1). »

La phlogose aiguë de ces parties délicates a tant de rapports avec l'ophtalmie, et se complique si souvent avec l'inflammation de la con-

---

(1) De Veteri medicinâ XXXII.

jonctive, que je puis me dispenser d'en parler ici. (*Voyez* sect. IV, ch. 1.)

Quant à l'inflammation chronique, elle est des plus fréquentes, se présente tous les jours dans la pratique, se joint à un grand nombre de maladies des yeux, est fréquemment idiopathique, et mérite qu'on s'y arrête, moins à cause de sa gravité qu'à cause de sa fréquence et de la gêne qu'elle apporte à l'exercice des fonctions des yeux.

La phlegmasie plus ou moins chronique, plus ou moins marquée, des glandes des paupières, se manifeste souvent par une excrétion apparente de la matière onctueuse et sébacée qui se sécrète dans ces follicules. Les personnes qui en sont incommodées supportent difficilement l'application, l'aspect du soleil, du feu et des corps très-blancs, l'impression de la fumée, de la poussière et d'un vent froid. Souvent les bords des paupières sont plus ou moins collés au réveil, et on remarque entre les cils une matière d'un blanc plus ou moins jaune (pl. 16, fig. 1), et plus ou moins sèche.

Cette affection n'est point ordinairement contagieuse; cependant j'ai quelques exemples qu'en se servant de linges avec lesquels des yeux chassieux avaient été essuyés, la même incommodité a été contractée. Une jeune fille joua à colin-maillard avec le bandeau d'un enfant qui avait un œil larmoyant depuis long-temps. Le lendemain

matin, elle avait une gale jaune, épaisse, aux bords des paupières de chaque œil. Elle a aisément guéri par le seul usage du cataplasme de cerfeuil cuit dans l'eau et appliqué pendant la nuit.

L'exsudation est quelquefois si abondante, que les malades passent tous les matins un temps considérable à enlever la matière amassée entre les cils. Lorsque la maladie est ancienne, elle résiste souvent aux moyens les mieux indiqués; d'autres fois elle cède avec la plus grande facilité, quoique déja invétérée et portée à un grand degré d'intensité.

J'ai donné, en 1804, des soins à M. P***, âgé de vingt-cinq ans, qui était obligé de passer une heure tous les matins à nettoyer ses paupières. Mes soins ont été entièrement infructueux. Au commencement de 1815, il me dit qu'il était déterminé à essayer tout ce que je lui conseillerais, quoique persuadé que sa maladie résisterait à tout. J'employai, pendant les mois de février et mars, les moyens qui réussissent ordinairement, si non à guérir, au moins à diminuer cette rebelle affection, et ce nouveau traitement n'a eu aucun succès. Il est vrai que la maladie datait de l'enfance, et était portée au plus haut degré. Une affection à-peu-près semblable, mais moins ancienne, chez M***, notaire à Orléans, venu à Paris en octobre 1798, céda, au contraire, très-aisément. Les marges des paupières à chaque

œil étaient enduites d'une chassie abondante et sèche comme du bois, presque impossible à enlever. Je fis appliquer à la nuque un morceau de potasse caustique, qui produisit une escarre de forme à-peu-près ronde, et d'un pouce de diamètre. On couvrait, de deux jours l'un le soir, les yeux du malade, lorsqu'il se mettait au lit, d'un cataplasme de cerfeuil, et le lendemain on étendait seulement sur le bord des paupières un peu d'onguent rosat, auquel on avait mêlé pour un gros, quatre grains d'oxyde de mercure sulfuré rouge.

Les malades n'éprouvent pas tous les mêmes symptômes : voici à-peu-près ceux que l'on trouvera dans les premières observations qui ont été prises au milieu d'une multitude d'autres à-peu-près semblables.

Cils déviés et gonflement œdémateux à la conjonctive avec larmoiement (*voyez* tom. II, pag. 5, obs. 2). Légère bouffissure aux paupières, irritation par l'impression de la lumière (tom. II, pag. 8, obs. 4). Excoriations légères à la face interne des paupières (tom. II, pag. 12, obs. 5). Perte des cils avec rougeur vive des marges palpébrales, qui sont d'une sensibilité exquise au plus léger attouchement. La conjonctive rouge au réveil; symptôme qui se dissipe deux ou trois heures après le lever. La lumière artificielle insupportable (tom. II, pag. 15, obs. 6). On peut voir, pour la rougeur seulement de la marge

des paupières, la pl. 39, fig. 1. La métastase du principe goutteux (tome II, page 6, obs. 3) ou d'un autre, donne souvent lieu à cette affection. J'ai vu au contraire plusieurs fois sa guérison subite, par l'effet d'un répercussif, suivie d'accidents à d'autres parties du corps. Je donnais des soins à M. D***. Les paupières parurent nettes un matin à son réveil. Dans la journée, il fut pris d'une fièvre violente, suivie assez promptement d'une éruption à la peau.

Je vois quelquefois le bord de la paupière, rouge sans chassie : j'ai conservé la note du traitement de cette espèce particulière, que j'ai vue, en février 1815, aux quatre paupières d'une jeune personne. Leur teinte était celle du bord des paupières de la fig. 1, pl. 39. Je n'ai pu la soulager, qu'en promenant, tous les trois ou quatre jours, l'extrémité d'une lancette sur la surface interne des paupières, à une ou deux lignes de distance de leur bord, pour tirer quelques gouttelettes de sang. Le sujet de l'observation première avait les paupières précisément dans le même état qu'un malade âgé de vingt-cinq ans, pour lequel j'ai employé le même moyen avec succès en avril 1811.

La disparition d'une loupe (obs. 7 et 8) donne quelquefois lieu à cette espèce de phlegmasie.

M. Alibert, dont l'autorité est d'un si grand poids, a vu « combien sont rebelles la dartre furfuracée et la dartre squammeuse placées sur les sour-

cils et dans le tissu des paupières (1). Il a observé long-temps un jeune homme qui avait une dartre pustuleuse disséminée sur toute la surface des téguments. Ses yeux en étaient si violemment irrités, qu'ils ne pouvaient supporter aucune lumière un peu éclatante... Les cryptes muqueux des paupières étaient tellement enflammés, qu'ils laissaient couler une grande quantité d'humeur puriforme. Cette dartre n'était jamais plus intense que lorsqu'il se livrait à une habitude funeste et solitaire, sous l'empire de laquelle il avait le malheur de vivre (2). »

Il y a une espèce d'exsudation de matière sébacée jaunâtre, que je rencontre très-rarement (pl. 38, fig. 2). Je ne crois pas qu'elle ait encore été décrite. La peau en est couverte entièrement à trois lignes environ de la marge de la paupière inférieure, et à une ligne de celle de la paupière supérieure. On dirait que cette portion de la peau a été exposée à une fumigation résineuse. Cette cire est très-tenace, et résiste aux lotions, même d'eau chaude, qui enlèvent aisément la chassie commune. Il en reste toujours une teinte fort désagréable aux malades, qui sont ordinairement de jeunes personnes. J'ai recueilli quelques détails relatifs à la marche de cette espèce d'af-

---

(1) Diction. des Sciences médicales, tome VIII, p. 17 et 36.

(2) Ouvrage cité page 61.

fection. Elle ne demande pas de traitement spécial; mais elle est en général opiniâtre, et elle m'a paru toujours due à ce principe que l'on désigne vulgairement sous le nom d'humeur de gourme. Je trouve, dans mon Journal, l'histoire de cette exsudation particulière chez deux jeunes filles de seize à dix-huit ans, que j'ai traitées, et dont la guérison a été longue et difficile à obtenir. A la même époque, une jeune femme de vingt-un ans fut guérie moins difficilement : je l'ai vue plusieurs années après, n'ayant aucun ressentiment de ce mal, qui paraît être une transsudation de la matière onctueuse des glandes de Meibomius, détournée en partie de ses couloirs naturels, et passant à travers les pores du tissu cutané des paupières.

J'ai traité, au mois de mai 1814, un clerc de notaire d'une grave et opiniâtre lippitude à l'œil gauche, qui ne fut guérie qu'avec difficulté. Deux ans après, il vint me consulter pour une douleur avec un léger gonflement au périoste orbitaire, au-dessous de l'extrémité externe du sourcil gauche. Lorsqu'un peu d'humeur s'amassait au bord des paupières de cet œil, ou lorsqu'il s'en écoulait quelques larmes, le malade éprouvait du soulagement. Un vésicatoire à la nuque a suffi pour sa guérison, qui cependant a traîné en longueur dans l'été humide de 1816.

L'inflammation de la marge des paupières est presque toujours soulagée par l'application, pen

lant la nuit, d'un peu de pulpe de pomme crue enveloppée entre deux linges. L'eau pure est le seul collyre qui convienne pour lotions. Le cataplasme de cerfeuil est souvent utile. On le fait cuire dans de l'eau, et on le hache pour en former une boule de la grosseur de la moitié d'un œuf, qu'on applique le soir sur les paupières sans inge intermédiaire; on le retient avec une bande, et on le laisse pendant la nuit.

Je vois souvent le cerfeuil cuit réussir moins bien que le cerfeuil amorti sur une pelle de fer ou sur un plat de terre, sous lequel on a mis de a cendre rouge. Ce cataplasme se met aussi pendant la nuit.

Si l'irritation n'est pas forte, on se trouve bien l'étendre sur les paupières, le soir, un peu d'onguent rosat, auquel on ajoute, pour un gros, depuis un jusqu'à six grains d'oxyde de mercure rouge, en augmentant par gradation. Lorsque la chassie est très-tenace, on est obligé de prescrire de les laver avec de l'eau chaude à l'aide d'un inge : il ne faut pas abuser de ce moyen.

Des Phlegmasies du périoste orbitaire.

Rien de plus commun, dans la pratique des maladies des yeux, que ces sortes d'affections (obs. 10 et 11). Elles ont à-peu-près les mêmes causes, et demandent à être combattues par les mêmes moyens que les phlegmasies des membranes de l'œil. (*Voyez* sect. IV.)

Je dirai seulement que la phlegmasie du périoste de l'orbite et du rebord de cette cavité ne paraît qu'une migraine partielle. Elle est beaucoup plus rare que la phlegmasie de tout ou partie du péricrâne. Elle est bien moins supportable, et gêne autant les fonctions des yeux, que la phlegmasie sourde et chronique des paupières, à laquelle on l'a vue succéder après une interruption de deux ans (*voyez* ci-dessus page 90). Elle est fréquemment cause que les malades se plaignent de ne pouvoir s'occuper, et d'éprouver des effets qu'ils ont bien de la peine à faire comprendre à la personne consultée.

Les insectes que l'on trouve si ordinairement sur la tête des enfants agissent-ils seulement par l'irritation que produisent leurs piqûres, ou font-ils l'effet d'une foule de petites sangsues? Les doigts de l'enfant, forcé à se gratter pour appaiser le prurit que ces piqûres lui occasionnent, déterminent-ils sur le cuir chevelu une irritation utile, qui, en se déplaçant, peut se porter sur les yeux? Ce qu'il y a de certain, c'est que très-souvent la disparition subite, même spontanée, de ces insectes, donne lieu à des phlegmasies de l'œil, qui, chez les enfants, se manifestent particulièrement aux parties extérieures de cet organe (obs. 14.)

L'enfance est l'époque de la vie où ces affections s'établissent le plus souvent et montrent le plus d'opiniâtreté (obs. 12 et 15), malgré l'emploi des moyens les mieux indiqués.

Des Abcès dans le tissu adipeux de l'orbite.

Ce tissu est quelquefois le siége de congestions dont le symptôme essentiel est le déplacement du globe.

Je ne veux désigner que celles qui se terminent par la suppuration, et dont la matière s'ouvre un passage à travers le tissu cutané. L'observation 16 (tom. II, page 33) suffit pour faire connaître les accidents qui peuvent les accompagner. Je parlerai cependant ici d'un dépôt qui se forma subitement derrière le globe de l'œil gauche de Madame H***, âgée alors de soixante ans, qui vit encore au moment où j'écris, et qui ne s'est jamais ressentie, depuis près de dix-sept ans, des suites de cette maladie, pendant laquelle je lui donnai des soins dans les trois premiers mois de 1801. Elle eut, de deux jours l'un, une fièvre très-forte, qui diminua au troisième accès, lorsqu'un dépôt parut sous le tissu cutané, qui recouvre le sac lacrymal. On aurait pu le prendre pour un abcès dans cette cavité, si le globe n'eût point été déplacé. Ce dépôt s'ouvrit, et il en sortit du pus et des matières très-épaisses (pl. 56, fig. 1). L'œil rentra graduellement; mais cet écoulement ayant diminué, le globe ressortit un peu : je ne fis rien que maintenir dans l'ouverture une sonde d'argent (pl. 15, fig. 8) à l'aide d'un morceau de taffetas agglutinatif. On l'ôtait matin et soir. Le dixième jour, il s'était fait une

seconde ouverture un peu au-dessous de la première. La guérison a été aisée et complète, et la nature a fait d'ailleurs presque tous les frais du traitement, aidée de quelques précautions générales.

Les moyens nécessaires pour combattre les phlegmasies des glandes de Meibomius, et celles plus graves du tissu adipeux de l'orbite, sont à-peu-près les mêmes que ceux que j'indiquerai en parlant des phlegmasies des membranes du globe. (*Voyez* sect. IV.)

Apres des tentatives de plusieurs genres, je me suis borné, lorsque j'ai trouvé un abcès dans les graisses de l'orbite, à établir une communication au-dehors, ou plutôt à l'entretenir; car elle se fait presque toujours spontanément.

Les paupières se tuméfient quelquefois par un ramas d'eau, et cet accident, qui se présente rarement dans la pratique, est ordinairement sans danger, n'arrive guère que dans la leucophlegmatie, et ne demande aucun remède spécial. Faut-il en faire une maladie particulière? J'ai vu, au mois de février 1816, une dame de quarante-quatre ans, excessivement replète, que j'avais traitée dix ans auparavant d'une ophtalmie interne. La peau de ses paupières était presque entièrement transparente et soulevée par de l'eau. La leucophlegmatie s'étendait à d'autres parties du corps : je ne lui ai conseillé que des moyens généraux. Cet œdème des paupières a duré deux

mois. Je l'ai vue depuis, parfaitement délivrée de cette incommodité.

CHAPITRE II.

Des Lésions des parties extérieures de l'œil par contusions, effets de coups ou de chûtes; par un instrument tranchant ou piquant; par l'action du feu.

Les connexions sont si nombreuses entre les nerfs et les vaisseaux sanguins des paupières et des sourcils, et les nerfs et les vaisseaux sanguins qui se distribuent au globe de l'œil et dans l'intérieur de l'orbite, qu'il est facile de concevoir que les blessures des environs de cette cavité doivent, dans certains cas, être suivies de névroses plus ou moins graves de la vision. J'ai vu la blessure du nerf frontal et celle du nerf maxillaire inférieur suivies de diminution, et même de perte totale de la vue de l'œil du même côté. Plempius (1) rapporte que Spigelius, son maître, a vu la paupière supérieure tombée par l'effet d'une légère blessure au nerf frontal. On a vu même, à la suite de blessures aux paupières, en apparence légères, l'inflammation du périoste orbitaire se communiquer aux membranes du cerveau, et amener la paralysie des membres et la mort.

---

(1) Ophtalmograph. lib. V, cap. VI.

Si l'on était appelé pour faire l'extraction d'un corps étranger profondément introduit dans l'orbite à travers les téguments et le muscle orbiculaire, il faudrait ne faire d'abord que de légers essais, et si la difficulté était considérable, il serait mieux de temporiser (obs. 17); mais ces cas sont rares, et je crois que des saignées du pied réitérées doivent prévenir une funeste terminaison.

Je me suis bien trouvé quelquefois d'avoir donné issue, par une incision, à du sang épanché dans le tissu cellulaire situé sous les paupières, et dont l'épanchement avait été déterminé par une blessure.

« Un homme avait été blessé à la paupière : la pointe du dard avait pénétré assez profondément. La paupière ayant été incisée, tous les accidents cessèrent, et cette blessure n'eut pas de suite fâcheuse; l'œil fut conservé et guéri promptement. Le sang avait coulé long-temps et en grande quantité (1). »

S'il est rare de rencontrer, dans la pratique, de ces accidents graves, il est extrêmement commun de trouver des maux d'yeux de nature équivoque, dont la cause première paraît être quelque contusion ou blessure des parties qui environnent le globe de l'œil.

J'ai donné des soins à M. B***, aujourd'hui

(1) Hippocrat. de Morb. vulg. lib. V, cap. XXI.

membre de la cour royale de***, qui, âgé alors de vingt-un ans, fut attaqué à onze heures du soir par des voleurs, et reçut un si violent coup de poing sur l'œil gauche, que le lendemain matin le globe faisait saillie sous les paupières; elles étaient tellement tuméfiées, qu'il fut impossible de les entr'ouvrir. Les accidents se calmèrent en huit jours par des moyens très-simples, la diète, et plusieurs applications de sangsues à la tempe et au-dessous de la paupière inférieure; mais, quelques années après, un petit larmoiement incommode et habituel s'établit aux deux yeux.

Quelquefois il se forme, immédiatement après ces sortes d'accidents, de petites phlegmasies sourdes, extrêmement importunes et rebelles (obs. 18); mais ce que je vois le plus communément, ce sont des ecchymoses, avec plus ou moins de gonflement, s'étendant quelquefois jusqu'à la conjonctive par l'effet de coups ou de chûtes. Lorsqu'il n'y a point de douleurs, je suis dans l'usage de ne rien prescrire, et ordinairement ces effets se dissipent aisément et promptement.

On conservera, si l'on veut, à cause de l'euphonie, le mot *coloboma*, qui indique et désigne la solution de continuité d'une des paupières, par l'effet d'une blessure verticale, solution qui forme une espèce de bec-de-lièvre après la guérison, qui ne peut-être que très-imparfaite. Je souhaite que l'opération qui a été proposée puisse être utile à quelqu'un. On a conseillé de

rafraîchir les bords cicatrisés et de les rapprocher par des points de suture. C'est un cas bien rare. Quand je l'ai rencontré, j'ai conseillé de ne rien tenter.

Les paupières peuvent être brûlées; mais ordinairement alors l'œil lui-même est endommagé. Quand les paupières seules ont éprouvé l'action du feu, c'est une preuve que l'accident n'est pas très-grave, et il est inutile de s'appesantir sur les précautions à prendre : elles sont toujours d'autant meilleures, qu'elles sont plus simples. S'il n'y a aucune complication et s'il peut se former des croûtes, je les laisse, sans rien faire appliquer dessus; quelquefois cependant un peu de cérat étendu sur du linge est utile.

CHAPITRE III.

De l'éraillement des paupières ou Ectropion (1).

On voit bien moins souvent cette maladie à la paupière supérieure qu'à l'inférieure : celle-ci est alors renversée et tirée en bas, de manière que sa face interne est apparente avec difformité, présente l'aspect d'une chair rouge, et ne peut point s'approcher de la supérieure, mais reste pendante. Cette lésion organique est toujours accompagnée de larmoiement, parce que la matière

---

(1) Synonymie. Βλεφαρων Εκτρωπη. Hippocrate.

des larmes ne peut plus être absorbée par le point lacrymal, qui se trouve éloigné du globe de l'œil. Une cause assez ordinaire de l'ectropion est une fongosité à la face interne de la paupière.

« Si les paupières sont plus épaisses que dans l'état de nature, coupez de la chair autant que vous pourrez de la partie inférieure; après, brûlez la paupière avec un fer qui ne soit pas trop chaud (1). »

M. le professeur Percy fait observer que si on employait le cautère actuel, il faudrait couvrir l'œil avec une cuillère de métal ou avec une lame de carton, tirer à soi la paupière, et y passer transcurremment un petit cautère à bec aplati, en évitant de toucher aux commissures des paupières et aux cartilages tarses, et n'appuyant que très-peu, sur-tout en commençant.

« Ce mal, dit Guillemeau (2), peut venir à cause de quelque chair superflue qui s'est accrue en la partie intérieure... S'il vient pour une super-croissance de chair, et qu'elle soit petite et tendue, elle sera abattue et consommée avec médicaments cathérétiques; si elle est plus vieille et dure, elle sera coupée; l'opération se fera par tel moyen: prenant une aiguille enfilée, laquelle sera

(1) Hippocrate (de Visu).

(2) Traité des maladies de l'œil, sect. IV, ch. IX.

passée par le plus bas que faire se pourra de la super-croissance de chair, puis avec ledit fil sera icelle soulevée ensemble la paupière, et avec la pointe du ciseau sera petit-à-petit coupée, ou avec la bistorie courbe, tout d'un coup, si faire se peut, se donnant garde de rien ôter de la paupière. »

Saint-Yves a toujours réussi en appliquant le nitrate d'argent fondu de deux jours l'un (1). Je me sers de la même méthode, lorsque la végétation superflue est peu considérable; mais quand elle a plus de volume, je l'enlève par un procédé que je décrirai au chapitre VI (*voyez* pl. 19, fig. 1, 2 et 3). Quand elle est très-forte, j'emploie ordinairement un traitement mixte; j'ôte le plus possible de cette végétation; je touche avec le nitrate, et je reviens au bistouri, après huit ou quinze jours, pour retourner encore au nitrate. D'autres fois, j'enlève le plus possible de cette chair, à-peu-près par le procédé de Guillemeau; seulement je la saisis à l'aide d'une petite érigne. C'est par ce moyen que j'ai rétabli la paupière inférieure (représentée pl. 21, fig. 2) de M. D***, de Mortagne. On trouvera (obs. 19) la lettre de son chirurgien, qui me fit connaître l'état de la paupière un mois après l'opération. J'ai su postérieurement que son rétablissement

---

(1) Traité des maladies des yeux, liv. I, ch. XV.

n'a pas tardé à être complet. M. Adams (obs. 20) coupe en travers la paupière inférieure, et en enlève une partie en forme de V, puis réunit les deux extrémités par un point de suture. Le procédé que je décrirai est plus simple, et me semble préférable.

Souvent ce renversement est l'effet d'une cicatrice, le plus ordinairement suite d'une brûlure. Mon laborieux confrère, M. l'Éveillé, a ajouté à sa traduction de l'excellent ouvrage du célèbre professeur de Pavie, des observations qui lui sont propres, parmi lesquelles on en trouvera une (1) relative à une jeune fille de douze ans, qui avait la paupière inférieure de l'œil gauche éraillée par l'effet d'une brûlure. Je me rappelle que nous eûmes ensemble une consultation sur l'état de cette enfant, et je crois qu'elle aurait été guérie, si, comme il l'avait proposé, on la lui avait amenée, de deux jours l'un, pour se faire toucher avec le nitrate d'argent, à la face interne de la paupière, qui était rouge, mais non tuméfiée.

Scarpa a donné avec profusion, dans cet ouvrage, des observations qui lui sont propres, et qui me dispensent d'en tirer d'analogues de mon Journal. Je renvoie aussi à deux opérations de Ledran, faites en 1739 (2), et à celles de Bordenave,

(1) Tome I, page 212, 2e édition.

(2) Mém. de l'Acad. de Chirurgie, tome I.

faites en 1764, 1769 et 1770 (1) : cet habile chirurgien avait cru que l'on pourrait, par une incision, allonger les téguments, et remettre en place la paupière éraillée; il a reconnu, par l'événement, qu'il s'était trompé, et que c'était en faisant naître des cicatrices à l'intérieur qu'on rapprochait de l'œil la paupière écartée. Depuis, M. Saunders (obs. 21) a de nouveau tenté de diviser le tissu cutané, pour remettre en place la paupière; il a échoué, comme Bordenave.

La cicatrice, cause si ordinaire de l'ectropion, est fréquemment la suite d'un abcès dans le tissu cellulaire sous-cutané, au bas de la paupière inférieure.

Le fils, alors âgé de trois ans, d'un de mes confrères à la Société de Médecine de Paris, a eu un semblable dépôt, très-près du petit angle, au commencement de 1813; j'ai eu récemment occasion de rappeler à son père, que mon pronostic se vérifie de plus en plus. Je lui avais promis qu'à mesure que l'enfant grandirait, le renversement de la paupière inférieure diminuerait. En effet, lorsque la maladie se forme dans les premières années de la vie, je vois ordinairement l'éraillement, qui est plutôt une difformité qu'une maladie, diminuer graduellement à mesure que les enfants avancent en âge.

---

(1) Mém. de l'Acad. de Chirurgie, tome V.

Nous n'avons rien fait de particulier pour cet enfant, et je ne conseille rien dans les cas semblables.

Je vois bien plus souvent l'ectropion se former à la suite d'un érysipèle; j'ai en ce moment sous les yeux un cas analogue à l'observation 22. Les deux paupières s'écartent des yeux par l'effet de la rigidité que le tissu cutané a contractée : cette rigidité est due à la présence d'une exsudation dartreuse, qui, de plus, a obstrué le conduit nasal de chaque côté. On voit aisément que les paupières du malade se remettraient en place, si la peau qui les recouvre revenait dans son état naturel.

On fera, si l'on veut, une maladie particulière du raccourcissement de la paupière supérieure, que l'on appellera, avec les anciens, lagophtalmie, ou œil-de-lièvre. Je n'y vois qu'un éraillement de la paupière supérieure. Presque toujours il a lieu par l'effet d'une cicatrice, suite de plaie, d'abcès, et bien plus souvent de brûlure. Ordinairement je l'abandonne à la nature; cependant il se forme quelquefois des tumeurs qui demandent à être détruites. J'en trouve un assez grand nombre d'exemples dans mon Journal : ainsi Mademoiselle C***, de Reims, âgée de treize ans, avait, depuis son enfance, la paupière supérieure adhérente au sourcil, par l'effet d'une cicatrice. En février 1804, j'ai été obligé de faire l'opération d'une tumeur qui lui était survenue.

Une jeune fille de vingt ans s'étant refusée à toute incision, j'ai détruit en six mois, par une suite d'attouchements répétés avec le nitrate d'argent fondu, une tumeur de la grosseur d'une cerise; elle occupait par sa base presque toute la face interne de la paupière supérieure de l'œil droit : cette paupière était attachée au sourcil, depuis plus de seize ans, par suite d'une brûlure.

J'ai guéri une petite fille de Melun, âgée de dix ans, en touchant, dans un cas à-peu-près semblable, avec un peu d'acide nitreux, de deux jours l'un, une chair fongueuse survenue à la face interne de la paupière supérieure. Les attouchements furent répétés, de deux jours l'un, pendant quatre mois. Cette chair, raccornie et endurcie, cessa enfin de se gonfler de nouveau; mais je me suis tenu depuis au nitrate d'argent. Le caustique liquide ne doit pas s'employer si près du globe de l'œil. Au surplus, je ne vois jamais ces procédés procurer beaucoup d'amélioration dans la situation de la paupière supérieure, quand elle est retirée par l'effet d'une cicatrice grave.

Il aurait bien fallu se garder d'emporter la tumeur rouge faisant saillie à un jeune homme de vingt-quatre ans, pour lequel je me suis trouvé en consultation, le 5 septembre 1798, avec M. Lebreton, chirurgien-accoucheur. Un principe syphilitique avait rongé les téguments des sourcils et des paupières supérieures, au point qu'elles avaient été tirées en haut et renversées à chaque

œil. Celle du côté droit était tellement unie au sourcil, que ce n'était plus qu'une plaque rouge sans bord; l'œil était enflammé; la cornée s'atrophiait. Il y avait sur la cornée de l'œil gauche une tache centrale assez large, et la paupière supérieure n'était qu'aux trois quarts renversée. La glande lacrymale protubérait par-dessous.

CHAPITRE IV.

De la Trichaise ou Entropion (1).

La trichaise de la paupière inférieure (pl. 18, fig. 1) se rencontre beaucoup plus ordinairement dans la pratique, que celle de la paupière supérieure (pl. 17, fig. 3); quelquefois les bords des deux paupières se tournent du côté de l'œil. La trichaise de la paupière supérieure a plus d'inconvénients que celle de l'inférieure. (*Voyez* l'obs. 201, tom. II, page 341). Cependant ce que j'ai à dire peut s'appliquer aux deux espèces, à peu de différence près. On voit celui de la paupière inférieure être le plus souvent une suite de l'œdême de son tissu (obs. 23), et sur-tout du relâchement de la portion du tissu cutané qui la recouvre. Dans ce cas simple, et lorsque cette introversion n'est pas l'effet d'une perte

(1) Synonymie. Τρίχωσις, *Hippocrate.* Palpebrarum pili oculum irritantes. *Celse.* Entropion de εν et τρεπω, *je tourne en-dedans.*

de substance intérieure, je réussis ordinairement à la guérir par l'un des deux moyens suivants, quelquefois par les deux employés concurremment.

Je tire la paupière, en la renversant le plus possible en dehors, et, dans cette position, je place verticalement, en commençant près de la naissance des cils, deux bandelettes, et quelquefois trois, de taffetas agglutinatif, vulgairement appelé taffetas d'Angleterre, de la longueur chacune d'un pouce et demi, et large d'un demi-pouce. Le succès tient à ce qu'on fasse usage de taffetas bien préparé, qu'on ait la patience de ne lâcher la paupière que lorsqu'il est sec, c'est-à-dire après quatre ou cinq minutes, et qu'on ne l'ait ni trop ni trop peu mouillé avant de l'appliquer.

M. G***, marchand de soie à Paris, avait un entropion de la paupière inférieure de l'œil gauche depuis quatre ans; elle a été rétablie en vingt jours par l'application du taffetas d'Angleterre; et j'ai su récemment que depuis dix ans, époque de sa guérison, il n'a eu aucun ressentiment de son infirmité. Ce premier moyen n'est pas nouveau. L'autre dépend du malade seul. Il faut qu'il consacre, à cet essai, trois jours et trois nuits, après lesquels on l'abandonne, s'il n'a pas réussi. Ordinairement il faut moins de temps. Le malade, en se plaçant en face d'une glace, écarte, avec un de ses doigts, la paupière affectée, en

ayant soin de ne pas la laisser rentrer, lorsqu'il est obligé de changer de position; car cet échec ferait perdre en grande partie le fruit du temps précédemment employé. Il faut qu'il reste la nuit assis dans son lit, ayant toujours son miroir devant lui, et qu'à son réveil, s'il a été obligé de céder au sommeil, il reprenne sa paupière. Je ne crois point que personne ait indiqué avant moi ce procédé, qui m'a souvent réussi. J'ai vu son succès dépendre de l'intelligence du malade et de son envie de guérir. J'en ai vu qui, pour ne pas lâcher leur paupière, ne prenaient que des aliments liquides. Au milieu de beaucoup d'autres exemples, je trouve, dans mon Journal, celui d'une dame de soixante-dix ans, qui était affligée de cette incommodité depuis quatorze ans, et qui en fut délivrée, par ce procédé, en deux jours et une nuit; dans cet intervalle, elle ne se laissa aller au sommeil qu'une seule fois et ne dormit que deux heures.

Je me suis servi, pendant quelque temps, d'un petit bandage d'acier, placé autour de la tête, et garni d'une pelote qu'une vis appuyait sur la joue à la naissance de la paupière. J'ai réussi assez souvent en posant sur la même partie une compresse de la longueur de la paupière, et assez épaisse pour qu'elle lui fît faire la bascule en dehors, au moyen d'un point d'appui que je formais à l'aide d'une bande de linge passée autour de la tête; mais j'ai vu que ces deux moyens ne

réussissaient que dans les cas pour lesquels il suffisait d'employer les deux plus simples dont je viens de parler. Rarement la paupière inférieure ou la supérieure, rentre en dedans par paralysie de la portion du muscle orbiculaire qui lui est propre. J'en trouve cependant quelques exemples dans mon Journal, et j'en parlerai en traitant des névroses des muscles de l'œil.

Si les moyens que j'ai indiqués ne suffisent pas, ce qui arrive assez ordinairement lorsqu'il y a eu un raccourcissement notable de la membrane interne de la paupière, il faut en venir à une opération; voici la manière dont je l'exécute : je me contente de ployer en deux un morceau de fil d'archal dont je me sers au lieu de la presse de Bartisch, pour saisir la peau qu'il faut enlever. Lorsque j'en ai saisi une portion suffisante dans cette espèce de pince posée en long sur la paupière, je serre les deux extrémités (pl. 62, fig. 3), j'emporte ce qui excède, d'un seul coup, avec des ciseaux droits, dont les lames sont dirigées par le fil d'archal. Le taffetas d'Angleterre suffit pour rapprocher les lèvres de la plaie. L'essentiel est d'enlever du tissu cutané précisément ce qui est nécessaire pour le succès de l'opération. Le malade ne sent pas le coup de ciseaux; il n'éprouve que la très-petite douleur momentanée excitée par la forte pression du fil de fer. Je trouve, dans mes Observations, que ce procédé a réussi parfaitement chez une jeune fille de dix-

sept ans; elle avait perdu les deux yeux depuis plusieurs années, par l'effet des opacités que la trichaise avait occasionnées aux cornées. Je lui rendis la vue de l'un de ses yeux, en en raccourcissant la paupière supérieure. Elle fut opérée de l'autre un an après; mais on n'emporta point assez de téguments : la paupière, n'étant pas suffisamment raccourcie, continua à se tourner un peu du côté du globe, et sa guérison fut incomplète. Je me dispenserai de rapporter d'autres exemples de cette opération; on peut voir l'ouvrage du professeur Scarpa, au chapitre *Trichaise*, où il donne l'histoire de plusieurs de ces opérations qu'il a pratiquées (1).

Je me suis servi, pendant quelque temps, de la suture; mais je l'ai abandonnée depuis un accident qui m'arriva en opérant les paupières supérieures d'une habitante de Méréville, fermière de M. de Laborde : une de mes aiguilles cassa, sans que je pusse en retrouver la pointe; je redoutai même que sa présence n'occasionna des accidents, qui n'eurent pas lieu; car cette paupière était rétablie au bout de quarante-huit heures; l'autre ne le fut que quatre jours plus tard.

Deshais Gendron avait vu qu'un emplâtre agglutinatif remplace avantageusement les points de suture.

(1) Traduction de M. l'Éveillé, tome I, chap. II.

La *double rangée de cils* (1) ou distichaise, est si rare, qu'elle a été niée. J'atteste que je l'ai trouvée plus de vingt fois. Mon opinion est que c'est souvent une véritable rangée surabondante; j'accorderai, si l'on veut, que ce sont les cils les plus internes qui s'écartent de la ligne pour se tourner du côté de l'œil : j'ai vu plusieurs fois la rangée déviée percer régulièrement le bord interne de la marge de la paupière, et bien distinctement séparée de la ligne naturelle des cils. On voit, pl. 20, fig. 1, que les cils, sortant dans une direction vicieuse du bord de cette paupière dessinée sur le malade, sont semés çà-et-là le long de sa marge. C'est assez la position qu'ils affectent aussi, lorsqu'ils viennent en petit nombre.

Ce dernier cas est le plus commun (pl. 64, fig. 1). Je le vois très-souvent. J'ai fini par renoncer à prendre note, dans mon Journal, des ophtalmies habituelles auxquelles je reconnais pour cause un ou plusieurs cils, soit ainsi semés, soit déviés de leur place naturelle, et que souvent je ne découvre qu'en exposant et examinant au soleil le bord de la paupière. Ils sont quelquefois si petits, qu'on les aperçoit à peine.

Souvent cet accident tient la conjonctive dans un état d'irritation et de sensibilité excessives

---

(1) Synonymie. Διστιχίασις, Paul d'Egine.

(obs. 2). Je conseille ordinairement de se contenter de les extraire à l'aide d'une pince, en prenant bien garde de les casser, et en répétant cette opération aussitôt qu'ils commencent à devenir incommodes.

J'ai trouvé quelquefois à la base du cil, dont la direction est vicieuse, une petite élévation rouge, espèce de chair fongueuse presque imperceptible, et vraisemblablement produite par l'effet du frottement du cil contre le globe de l'œil. La première fois que je vis ce petit point rouge, siége ordinairement d'une vive irritation, ce fut, il y a environ vingt ans, à l'œil de M. de V***, jurisconsulte à Laon. Le seul symptôme dont il se plaignait était de ne pouvoir, depuis plus d'un an, s'occuper cinq minutes de suite, sans une extrême fatigue. Je ne découvris ce cil, presque invisible, qu'à ma seconde visite, et je ne l'ôtai qu'après l'avoir fait voir à deux des amis de M. de V***. Je touchai huit ou dix fois, dans l'espace d'un mois, le point d'où il avait été extrait, avec le nitrate d'argent fondu. Le cil ne reparut pas. M. de V*** est venu me voir, en juillet 1817, accompagné de M. Lejeune, médecin à Laon, et m'a dit que la destruction de ce cil avait été complète. J'ai plus souvent échoué que réussi dans les cas de ce genre.

Une dame (obs. 24) se soumit à tous les essais, et tout ce que je pus obtenir, pendant dix-huit mois que j'employai le nitrate d'argent fondu, fut

de réduire à sept les cils formant la rangée surabondante, et implantés, au nombre de plus de trente, tout le long du bord interne de la marge de la paupière supérieure de son œil gauche.

Au reste, je suis d'accord avec ceux qui proposent de ne point faire de la *distichaise* une maladie particulière. On peut bien s'en tenir au mot *trichaise*, nom donné par le père de la médecine à cette maladie, dans laquelle des cils, quel que soit leur nombre et leur position, se dirigent vers le globe de l'œil.

La réunion des bords des paupières entre eux (1) doit-elle former une maladie particulière sous le nom d'*anchyloblepharum?* En faut-il faire une autre de l'adhésion d'une partie de leur face interne à la conjonctive qui revêt le globe? Je propose la négative sur ces deux questions, sur-tout sur la première, tant ce cas est rare, et tant il est, en général, convenable de ne rien faire quand on le rencontre. Cependant il se pourrait qu'il se présentât à un degré tel, qu'il fallût absolument agir; alors on suivrait ce que conseillent les auteurs auxquels il s'est présenté. Quand je l'ai trouvé, je n'ai vu l'adhérence que dans un des angles ou dans les deux, mais fort peu étendue. Je me suis bien gardé d'y toucher.

M. de Wenzel, mon collégue, rapporte (2) qu'il

(1) Βλεφαρων ξυμφυσίς, Hippocrate.

(2) Diction. ophtalmologique, tome II. pag. 155 et 156.

a désuni avec le plus grand succès les paupières des deux yeux à deux enfants : chez l'un, l'union des bords était complète ; et chez l'autre, elle ne l'était pas entièrement, mais l'*anchyloblepharum* était congénial.

Cela me rappelle que j'ai eu une consultation avec MM. de Wenzel et Arrachart, le 26 août 1809, pour un jeune homme de dix-neuf ans, élève en pharmacie, qui, portant une bouteille de liqueur corrosive, tomba, et cassa la bouteille ; la liqueur lui avait cautérisé la peau du front et les yeux. Les bords des paupières de l'œil gauche se sont réunis à la suite de cette excoriation, et il ne restait plus que deux ouvertures, une à chaque extrémité. Ne pouvant examiner le globe, nous jugeâmes au toucher qu'il était en fonte. Il y avait éraillement des deux paupières du droit : nous n'avons conseillé que des moyens généraux. Quant à l'adhérence des paupières au globe, je l'ai vue plusieurs fois plutôt augmentée que diminuée, après une opération tentée pour la détruire. Celse dit qu'il n'a jamais vu réussir cette tentative, et que Méges n'a pu venir à bout, après bien des expériences, d'empêcher la paupière de se réunir de nouveau au globe (1). Au rapport de M. Richerand (2), M. Boyer a vu trois fois cette adhérence se renou-

---

(1) De re medica, lib. VII, ch. VII.

(2) Nosographie chirurgicale, tome II, page 17, 4e édit.

veler. Afin d'éviter cet accident, lorsque j'ai eu à enlever des membranes fongueuses qui s'étendaient et sur la face interne des paupières, et sur la conjonctive, j'ai toujours eu soin de faire l'opération en deux fois, en mettant un intervalle de quinze jours et plus entre les deux opérations, pour avoir la certitude que la cicatrice de la première était parfaitement consolidée avant d'en venir à la seconde. J'ai vu plusieurs fois que, pour avoir opéré au même moment à la face interne de la paupière et à la conjonctive, à l'endroit où elle se replie sur le globe, il s'était formé une adhésion entre ces deux surfaces, appliquées l'une contre l'autre dans un état d'excoriation (observation 25).

CHAPITRE V.

Des Ulcères de la marge des Paupières.

Les ulcères de la marge des paupières sont presque toujours une suite de la petite vérole (pl. 36, fig. 3). Sans l'immortelle découverte de Jenner, ce chapitre aurait été fort long. La quantité de désordres dus à ce fléau était prodigieuse, dans leurs rapports seuls avec l'organe de la vision. Le Journal de mon père est rempli de détails à ce sujet. Je me contenterai d'en rapporter trois exemples (obs. 26, 27, 28), qui suffiront pour faire connaître les tourments habituels que font éprouver ces sortes d'ulcères; on

pourra s'en faire une juste idée en lisant le Mémoire de l'observation 26, écrit par un médecin qui consulte pour lui-même.

Je me dispenserai de parler des autres ulcères, qui ne présentent rien de particulier, et qui d'ailleurs ne se rencontrent presque point dans la pratique. Quant à ceux dont je parle, je renvoie à l'observation 28 pour la manière de les détruire par l'application du nitrate d'argent fondu, après laquelle j'en ai vu souvent subsister, soit à un degré inférieur d'intensité, soit au même degré.

Les malades trouvent ces ulcères plus animés le matin à leur réveil, s'ils ont veillé, s'ils ont usé de liqueurs fermentées, ou s'ils se sont occupés à la lumière. La fumée, le grand vent, la vive clarté, et la chaleur, sur-tout celle du poêle, leur sont nuisibles. Les moyens les mieux indiqués sont souvent inutiles. Quelquefois les cils sont perdus, et le bord de la paupière est frangé, dentelé (pl. 37, fig. 1) par les cicatrices de ces ulcères, qui ordinairement ne sont vifs que lorsque la marge de la paupière est d'ailleurs intacte.

CHAPITRE VI.

Des Tumeurs des Paupières.

Ces tumeurs sont :

L'Orgeolet, qui est très-commun.

Le Grain de grêle, qu'on voit encore plus souvent, et qui ne mérite guère le nom de maladie.

Une petite Tumeur aqueuse ou très-petite hydatide, des plus communes, n'est point une maladie, et peut être négligée sans inconvénient.

Les Verrues, assez rares, dont quelques-unes tendent à dégénérer en ulcères d'un mauvais caractère.

Les Loupes, tumeurs dont le kiste contient une matière plus ou moins consistante, et même de l'eau; ce qui leur a fait donner les noms d'*athérôme*, de *mélicéris*, de *stéatôme* et d'*hydatide.* Elles présentent peu de différences entre elles dans la pratique : elles sont plus faciles à guérir quand elles sont formées d'une matière moins dure, ce qu'on ne peut pas toujours connaître avant de les avoir attaquées, et la cure en est d'autant plus prompte, qu'elles sont placées plus favorablement.

Je ne m'opposerai point à ce que l'on conserve ces différents noms; mais je demande que l'on supprime celui de *lithiasis* ou gravelle des paupières, qui devrait désigner une tumeur contenant une matière plâtreuse. On rencontre, en effet, mais bien rarement, quelques grains de grêle qui contiennent une matière un peu sèche, mais comment en faire une maladie particulière? On peut dire de presque toutes ces tumeurs ce qu'a dit de certains exanthêmes l'immortel

fondateur de la médecine d'observation (1) : ce sont plutôt des difformités que des maladies.

L'Orgeolet (2) (pl. 17, fig. 1), vulgairement orgueilleux ou grain d'orge, est un petit furoncle qui vient plus souvent au bord de la paupière supérieure qu'au bord de l'inférieure. Quelquefois il parcourt en peu de jours ses périodes d'inflammation et de suppuration, et guérit facilement; d'autres fois il a une marche équivoque, avorte, pour ainsi dire, revient plusieurs fois, et tourmente très-long-temps les personnes qui en sont affectées. Je suis dans l'usage de ne conseiller rien autre chose, que de le couvrir pendant la nuit d'un petit cataplasme de pomme cuite, qu'on peut garder pendant le jour, dans les premiers temps; il faut enfermer la pulpe de pomme dans un linge, et, au moment de l'appliquer, enlever, avec une paire de ciseaux, un très-petit morceau de l'enveloppe, pour que la pulpe porte à nu sur la tumeur.

Quelquefois cette petite tumeur inflammatoire, au lieu de paraître toute à l'extérieur, soulève un peu le bord de la paupière à sa face interne, et alors elle est accompagnée de plus d'irritation.

On en voit rarement deux à côté l'une de l'au-

---

(1) Hippocrate, de affectionibus, XXXV.

(2) Κρίθη εν βλεφαρω, Hippocrate, ordeolum Aëtius.

tre. L'orgeolet est peu de chose en lui-même; mais il se complique souvent avec différentes maladies de l'œil, et, dans ces cas, on le voit fréquemment jouer un rôle important, en ce qu'il augmente les accidents de l'inflammation, qui ensuite l'augmente lui-même. C'est sur-tout dans les ophtalmies périodiques que je le vois exercer de l'influence. L'observation 29 donne l'histoire d'ophtalmies périodiques dont les rechûtes étaient accompagnées de deux orgeolets au bord de la paupière inférieure, protubérants un peu à la face interne.

Ce petit abcès est souvent sympathique : je l'ai vu annoncer l'éruption des règles ou diverses crises. J'ai été consulté pour une jeune personne de dix-sept ans, qui depuis trois ans était sujette à une affection pédiculaire. Les insectes se multipliaient sur le cuir chevelu par des espèces de crises qui surmontaient tous les obstacles qu'on leur opposait. Chaque crise était précédée d'un orgeolet à la paupière supérieure, tantôt d'un œil, tantôt des deux yeux.

Je conseille ordinairement de ne rien faire quand l'orgeolet tire en longueur; il finit par se dissiper. On en voit durer un an et plus.

Il y a obstacle à l'application de la pulpe de pomme, lorsqu'il est compliqué avec certaines ophtalmies auxquelles un cataplasme serait contraire. Dans ce cas, il n'y faut rien faire de particulier.

Le Grain de grêle (1) (pl. 16, fig. 2) est une tumeur ordinairement grosse comme un grain de millet, rarement comme un grain de chènevis. C'est un peu de matière sébacée, amassée sous l'épiderme de la marge des paupières. Elle ne mérite pas le nom de maladie; cependant quelques-unes gênent un peu, lorsqu'elles sont sur la marge même entre les cils et le globe, ce qui est rare. Compliquées, dans cette situation, avec une phlegmasie de la conjonctive (obs. 30), elles peuvent l'entretenir. Elles sont ordinairement entre les cils, un peu en dehors, et même entièrement à l'extérieur sur le tissu cutané des paupières. On en voit qui existent depuis dix, vingt ans et plus. Il suffit de les ouvrir avec la pointe d'une lancette. Tout est bon pour faire sortir ensuite gros comme une tête d'épingle de matière blanche, grasse et sèche, qui s'écrase entre les doigts: on peut prendre une petite curette pour cet usage. Rien n'est si commun que cette incommodité.

L'Hydatide de la marge des paupières est une très-petite tumeur presque transparente; on en voit qui s'éloignent de la marge. Ce sont des gouttelettes de lymphe (pl. 16, fig. 3) qui soulèvent l'épiderme. Elles sont grosses à-peu-près comme des grains de chènevis. Leur accroissement est

---

(1) Synonymie. Chalazion, Celse. Grando, Aëtius.

lent : on en voit qui n'ont pas varié depuis un grand nombre d'années. Elles ne gênent que lorsqu'elles sont sur la marge même de la paupière au-delà des cils.

Ce n'est point une maladie. Dès que cette petite tumeur est ouverte avec la pointe de la lancette, elle disparaît.

Les Verrues méritent plutôt ce nom : heureusement elles sont rares. Si elles ont une base étroite, comme celle qui a été dessinée sur une paupière de laquelle elle pendait (pl. 18, fig. 2), il faut les lier, près de la peau saine, avec une soie qu'on serre médiocrement d'abord, et ensuite de plus en plus les jours suivants. Elles tombent en une semaine; mais il faut bien s'assurer auparavant, que la verrue n'a aucun caractère suspect. J'ai vu des accidents graves suivre ce procédé, pour l'avoir appliqué à des verrues dont le mauvais caractère n'était point apparent. J'ai éprouvé un échec de ce genre, qui m'a rendu très-circonspect. La nature vicieuse de la tumeur se déclara au bout de vingt-quatre heures; des vaisseaux étaient déjà développés à sa base. Ne pouvant dénouer la soie, je coupai la verrue avec des ciseaux, et le malade, après avoir perdu une certaine quantité de sang, eut à la paupière et à l'œil, une fluxion qui fut longue et inquiétante.

Quelques verrues sont évidemment de mauvaise nature; d'autres sont rendues telles par l'application mal ordonnée et encore plus mal exécutée,

de remèdes irritants. Une verrue semblable à celle qui est représentée pl. 20, fig 2, sur le bord de la paupière inférieure près de l'angle externe, fut excoriée par des topiques irritants. Il en résulta que l'œil s'enflamma; les paupières devinrent calleuses (obs. 31); la supérieure s'abaissa, et l'inférieure, un peu renversée en dehors, resta éloignée de l'œil. Une verrue semblable se forma au grand angle, près la commissure interne des paupières de l'autre œil, et devint cancéreuse.

Il est important, pour peu que la verrue inspire de soupçons, de recommander au malade de n'y pas porter le doigt, avec lequel il cherche souvent à appaiser le prurit qu'elle excite. Ces excoriations ont quelquefois des suites inquiétantes (obs. 32). Je suis dans l'usage de les toucher, plusieurs fois, à six ou huit jours d'intervalle, avec le nitrate d'argent fondu, lorsqu'elles n'ont rien d'équivoque; et que, par leur position, elles incommodent assez les malades, pour qu'ils desirent vivement en être délivrés. Lorsqu'ils consentent à les garder, j'aime mieux n'y point toucher.

Tumeurs ou Loupes aux paupières.

Les Loupes (1) ou tumeurs enkystées des pau-

---

(1) Synonymie. *Meliceris*, matière de la consistance du miel; *athcroma*, matière de la consistance de la bouillie; *steatoma*, matière de la consistance du suif; Gallien, Paul d'Égine.

pières (pl. 18, fig. 1, 2, 3) naissent dans l'épaisseur de la paupière. Il y a apparence que la matière qui les forme passe ordinairement par les différents degrés de consistance qui leur ont fait donner différents noms fort inutiles dans la pratique, où on les rencontre fréquemment. Cette matière est contenue dans un kyste. Pour en connaître la nature, on peut voir ce que dit, sur la formation des kystes, notre Bichat (1), qui se préparait à nous faire lire couramment dans le livre de la nature.

Les loupes ne sont point adhérentes, et roulent sous la peau, lorsqu'on les pousse avec le doigt; ce qui empêche de les confondre avec de très-petits furoncles ou abcès qui viennent dans l'épaisseur même de la peau des paupières, comme dans toute autre partie du tissu cutané.

Leur grosseur dépasse rarement celle de la plus forte, représentée pl. 18, fig. 1; cependant il s'en trouve de beaucoup plus volumineuses.

Ces tumeurs sont si communes, que j'ai pu aisément former l'aperçu suivant: sur deux cents, à peine une devient plus grosse que l'extrémité du pouce, et se prolonge entre l'œil et la paroi de l'orbite; sur ce nombre, on n'en trouve pas dix plus grosses que celles que je viens de désigner (pl. 18 fig. 1); cinquante disparaissent en moins

---

(1) Traité des membranes, page 162. — Anatomie générale, tome 1er, page 104.

d'un an, évidemment par les seuls efforts de la nature; et un plus grand nombre se dissipe dans l'espace de six mois ou environ, en paraissant avoir cédé à l'action de quelques topiques. A peine trois ou quatre sur cinquante laissent quelques traces de leur existence le vingtième jour, lorsque je les opère par la méthode qui m'est propre, que j'ai représentée dans les trois figures de la planche 19, et dont je donnerai plus bas la description. Ces traces se dissipent à la longue et sans y rien faire.

Les loupes disparaissent souvent pendant une maladie, si elle est un peu sérieuse. On est dans l'usage de les couvrir d'un morceau de taffetas enduit d'emplâtre de Diachylon gommé, ou d'emplâtre de Vigo avec le mercure. On peut en user d'abord comme essai. Lorsque les malades se refusent à les confier aux seuls efforts de la nature, qu'ils ne veulent point d'opération, et qu'ils desirent tenter quelques remèdes, ils peuvent les frotter, matin et soir, avec un peu de salive et de sel très-fin. J'ai cru apercevoir quelquefois un bon effet du procédé suivant.

Faites fondre deux scrupules de savon blanc dans un demi-septier de forte infusion de fleurs de sureau et de mélilot, trempez dans cette solution très-chaude une petite éponge, que vous présenterez sur le dos de la main, pour vous assurer que la liqueur n'est pas trop chaude, et appuyez l'éponge sur la loupe; répétez dix ou

douze fois de suite, et recommencez deux ou trois fois par jour. En général, les topiques produisent rarement un effet réel. Quand les malades desirent définitivement se soumettre à l'opération, voici ma manière de procéder. Si la loupe est placée dans un point tel de la paupière inférieure que je puisse renverser fortement cette paupière avec un doigt, je la fais ainsi saillir le plus possible; je prends de l'autre main un bistouri, dont je passe la lame sous la tumeur vers celui de ses bords qui, dans cette position, se trouve inférieur (pl. 19, fig 1). Ensuite, en retournant par en haut le bord convexe du bistouri qui vient de faire cette petite incision, j'en fais autant au bord opposé de la tumeur (pl. 19, fig. 2), et enfin je l'emporte avec des ciseaux courbes sur le plat, dont chaque lame entre dans une des deux incisions (pl. 19, fig. 3). Cette légère opération n'excite le plus souvent presque aucune douleur; on peut, avant de continuer, attendre, après chacun des deux premiers temps, deux ou trois minutes, qui suffisent pour que l'écoulement du sang s'arrête.

Lorsque la loupe est à une des extrémités de cette même paupière, et qu'elle est tellement située qu'on ne peut pas employer ce procédé, je me contente d'y plonger plusieurs fois la pointe du bistouri pour la désorganiser, et, aussitôt que le sang cesse de couler, je porte, au milieu des parties incisées, la pointe aiguë d'un crayon de

nitrate d'argent fondu, en observant de faire couler promptement quelques gouttes d'eau sur la partie touchée.

Lorsque ces tumeurs sont à la paupière supérieure, et qu'elles font saillie en dedans quand on la renverse, je me sers de ce dernier procédé. Si cette saillie ne peut pas avoir lieu parce qu'elles sont entre la peau et le cartilage tarse, beaucoup plus large à cette paupière qu'à la paupière inférieure, je fais une incision à la peau, en observant que la pointe du bistouri pénètre au-delà du centre de la loupe. Lorsque le sang est arrêté, j'y introduis, à l'aide de l'extrémité d'un morceau de bois très-délié, taillé en pointe, une gouttelette d'acide nitreux, puis gros comme une tête d'épingle de charpie enduite d'un peu d'onguent de la Mère, que je retiens à l'aide d'une mouche de taffetas d'Angleterre tailladée, pour qu'elle puisse s'accommoder à la forme de la loupe, qui paraît plus grosse le lendemain, parce qu'il survient un peu de gonflement. Il faut laisser au malade plusieurs mouches de taffetas préparées de cette manière, et lui recommander de remplacer celle que l'on a appliquée, si elle se détache; car le succès tient à ce qu'on ne laisse point agir l'air sur la plaie, ce qui ralentirait ou ferait cesser la suppuration. Je touche ensuite, toutes les vingt-quatre heures, avec le même acide, en changeant le petit appareil. Ce procédé, qui m'est particulier, à ce que je crois, réussit

toujours. Seulement, lorsque la tumeur est détruite en tout ou en partie, après huit ou dix attouchements, le point de la paupière, où elle se trouvait, est rouge, gonflé, malade, et il faut plusieurs semaines pour qu'il rentre dans son état naturel.

Quelquefois après avoir incisé la tumeur, on la voit disparaître. Si la matière se trouve peu consistante, ce procédé est suivi de la guérison. Il m'est souvent arrivé d'inciser inutilement trois ou quatre fois, à un mois et plus d'intervalle, et de voir la cinquième ou sixième incision complétement réussir, la tumeur ayant été à-peu-près désorganisée. J'ai vu, après l'emploi de ce dernier procédé, une très-petite protubérance paraître entre les lèvres de l'incision : je l'ai touchée, avec le nitrate d'argent fondu, plusieurs fois, à deux ou trois jours d'intervalle, et elle n'a jamais manqué de disparaître. M. Maunoir, qui n'est pas seulement consulté à Genève comme grand chirurgien, mais encore comme obtenant d'éclatants succès dans le traitement des maladies des yeux, incisa, le 7 septembre 1816, trois loupes, chacune grosse comme un petit pois, venues aux paupières de Madame la duchesse de***, qui était prête à partir pour Paris. Quelques jours après son arrivée, elle vint me consulter. Elle éprouvait le petit accident que je viens de désigner. Une petite fongosité dépassait l'incision de l'une de ces loupes. Je l'ai détruite, en la touchant huit ou dix

fois, de deux ou trois jours l'un, avec le nitrate d'argent fondu, et la recouvrant chaque fois avec un peu d'onguent de la Mère et une petite mouche de taffetas d'Angleterre.

On peut aussi employer, pour enlever ces tumeurs, la méthode dont on se servait autrefois. *Voyez* tom. II, pag. 80, obs. 33.

J'ai trouvé, mais plus rarement, des tumeurs qui ne sont pas de la même nature que celles dont je viens de parler. Elles sont petites, pour la plupart, et adhérentes au bord du cartilage; elles paraissent au bord interne de la marge de la paupière, au-dessus de laquelle elles sont visibles par une légère saillie (pl. 36, fig. 1). Elles viennent plutôt à la paupière inférieure qu'à la supérieure. Je les désigne sous le nom de petits sarcômes; on peut les toucher légèrement avec le nitrate d'argent fondu; elles cèdent quelquefois assez aisément à son action; d'autres fois elles résistent longtemps. Quand les malades consentent à attendre de la nature seule leur guérison, elle ne manque jamais d'arriver à la longue. Il est rare d'en trouver de plus considérables qui déforment le cartilage auquel elles adhèrent (obs. 34).

Lorsque des personnes qui portent aux paupières des tumeurs enkystées, ne veulent point entendre parler d'incisions, et que cependant elles demandent à en être délivrées, on peut porter sur la peau une gouttelette d'acide nitreux, à l'aide d'une paille fine, et continuer les jours

suivants. Le lendemain, ou le sur-lendemain, au plus tard, le kyste est ouvert. Avec l'extrémité d'une curette excessivement déliée, on vide la petite plaie ou l'espèce de cavité qui résulte de cette application, et on touche de nouveau. Dès qu'on aperçoit une déperdition de substance, on y insinue un peu de charpie enduite de digestif, et on continue, en observant ce que j'ai recommandé plus haut. La marche ainsi que le résultat sont les mêmes, excepté que l'incision de la peau a été remplacée par deux ou trois attouchements avec le caustique.

On trouve peu de ces tumeurs qui méritent le nom d'hydatides; cependant j'en ai vu. Je n'ai jamais fait autre chose qu'une incision par la face interne de la paupière. Le kyste incisé a toujours laissé échapper aussitôt la sérosité qu'il contenait. Je ne l'ai pas vu se remplir de nouveau. Souvent rien n'annonce, avant l'opération, une matière aussi fluide. Un jeune homme de quatorze ans avait une hydatide de la grosseur de la moitié d'un haricot à la paupière supérieure, un peu plus haut que la partie moyenne de cette paupière, qui, étant retournée, laissa voir la tumeur. Elle paraissait dure, et comme la position forcée de la paupière la tendait, aussitôt que j'y eus plongé le bistouri, l'eau qu'elle contenait jaillit fort loin. Je ne fis rien autre chose, et le malade fut guéri.

Il ne faut point employer de caustique liquide,

si la tumeur est fort près de la marge de la paupière. L'emploi de ce moyen a eu quelquefois des suites fâcheuses (obs. 35). Si on s'aperçoit qu'il se forme, dans le tissu même de la peau, une petite élévation qui s'annonce, dès le principe, pour être d'un mauvais caractère, et qui s'étende peu-à-peu, il faut l'emporter avec la peau, avant qu'elle ait gagné la marge de la paupière; sinon cette marge étant toujours humide, la liqueur des larmes filtre dans la tumeur squirreuse et favorise ses progrès. Ce genre de tumeur est heureusement fort rare.

SECTION III.

Des Maladies du Syphon lacrymal.

Je prie le lecteur de vouloir bien placer sous ses yeux la planche 3, pendant qu'il suivra ce que j'ai à dire sur ces maladies.

Mon père avait toujours senti l'insuffisance des connaissances acquises sur les maladies des voies lacrymales. Il a constamment fixé mes réflexions sur cette partie de l'art de guérir. Je n'avais pas dix-neuf ans, lorsque, dans des leçons que je fis pour lui obéir, ou plutôt qu'il fit par mon organe, j'employai au-delà de trente têtes humaines pour présenter, sur toutes les coupes, la situation des parties qui composent le syphon lacrymal. J'ai dit plus haut que j'avais gardé, de ces

I. 9

travaux, des dessins que je me proposais de faire graver; mais que, n'ayant d'autre désir que celui de rendre la nature avec le plus d'exactitude possible, j'ai donné, sur mes dessins, la préférence aux gravures de Soemmerring, qui a pour lui les progrès que l'anatomie a faits dans ces derniers temps, la supériorité de son génie, et des occasions d'exploration peu communes. Aussitôt que, dans le nombre immense des personnes affligées de maux d'yeux qui venaient de toutes parts consulter mon père, il se trouvait un cas grave d'affection de la route des larmes, ce malade devenait l'objet de mes soins les plus assidus : je le suivais souvent dans l'asile de l'indigence. Combien de fois des désordres graves, suites de la présence d'un polype, etc., ayant forcé des malheureux à se retirer dans un hôpital, n'ai-je pas demandé aux hommes estimables, dévoués à la noble fonction de soulager ces maux, des détails sur ce qu'ils ont cru devoir faire postérieurement à mes efforts, afin d'avoir l'histoire entière de telle espèce de complication consignée dans mon Journal? Idolâtre alors de l'anatomie, forcé d'ailleurs d'abandonner quelquefois les maladies des yeux pour acquérir des connaissances dans les autres parties de la médecine, jamais je n'ai perdu de vue les affections des voies lacrymales. Elles ont toujours été l'objet favori de mes études, et j'ai redoublé de soins dans le traitement de ces maladies, pendant ces derniers

temps, où je me suis vu obligé de beaucoup élaguer de ma pratique journalière pour travailler à la rédaction de cet ouvrage.

J'ai abordé l'étude de ces maladies délicates sans aucune prévention. Je n'ai point vu les faits à travers le prisme d'un systême, et j'ai eu le bonheur de ne rien ou presque rien inventer de nouveau relatif à leur traitement. Si une méthode m'eût exclusivement appartenu, ne serais-je pas tombé dans l'inconvénient de ne voir qu'elle, de me dissimuler à moi-même ses mauvais résultats, et de m'exagérer ses succès?

J'avais préparé de longue main un travail sur ce qui avait été dit et fait relativement à la fistule lacrymale, et j'étais prêt à le publier séparément il y a quelques années. Il est devenu inutile depuis l'excellent article *Fistule*, et en particulier *Fistule lacrymale*, sorti de la plume ingénieuse et féconde de M. le docteur Jourdan (1). J'engage le lecteur à lire cet article avec celui *Epiphora* (2) du même auteur. Mes idées se sont souvent rencontrées avec celles du savant médecin que je cite. Tout ce qu'il a dit, je l'ai tenté. Il n'y a rien que je n'aie essayé : certains procédés l'ont été par moi plus de cinquante fois avec des succès variés.

---

(1) Dictionnaire des Sciences médicales.

(2) Même ouvrage.

En rendant justice aux intentions et aux travaux de tant d'hommes estimables et laborieux, qui ont inventé et exécuté les méthodes connues de traiter ces maladies, je ne propose qu'en tremblant de les abandonner toutes, à l'exception de celle d'Anel, et de celle de Petit, légèrement amendée par moi. Je conviens toutefois que la méthode de la sonde d'or creuse, laissée en place dans le conduit nasal, et celle des mèches, m'ont souvent réussi.

Hippocrate n'a point parlé de la fistule lacrymale; à moins qu'il n'ait voulu désigner cette maladie, lorsqu'il a dit : *Alvo turbata, suppressa, brevi velut culicum puncturæ erumpunt, et ad oculos lacrymosus abcessus devenit* (1).

Les anciens ne connaissaient point les voies lacrymales : ils ne pouvaient pas par conséquent connaître les maladies auxquelles elles sont sujettes. Aussi regardaient-ils la fistule lacrymale comme une tumeur enkystée, ulcérée, qu'ils s'efforçaient de détruire par le fer et le feu.

Voici ce que dit Celse sur cette maladie.

« Il se forme dans l'angle qui est du côté du nez, une espèce de petite fistule qui vient de quelque vice particulier, et d'où découle perpétuellement de la sérosité : les Grecs l'appellent αἰγίλωπα. L'œil souffre tant qu'elle dure; quelquefois elle

---

(1) Coacæ Prænotiones.

ronge l'os, et pénètre jusqu'à l'intérieur du nez; quelquefois aussi elle tient de la nature du carcinome. Dans ce cas, il ne faut point y toucher; car on ne ferait que précipiter la mort du malade. Elle est incurable, lorsqu'elle pénètre dans le nez; si elle n'attaque que le grand angle, il faut saisir avec un crochet la partie supérieure de l'ouverture, couper ensuite jusqu'à l'os, et emporter tout ce qui se trouve dans cette cavité; puis, après avoir bien couvert l'œil, brûler l'os fortement avec un fer rouge. Lorsque l'os est attaqué de carie, quelques-uns y appliquent des médicaments caustiques, comme le verdet en poudre, pour qu'il se fasse des exfoliations plus considérables; mais ce moyen est plus lent. Après avoir brûlé l'os, il faut traiter la plaie comme les autres brûlures (1). »

Galien a eu connaissance de l'existence des voies lacrymales : le passage suivant en est la preuve.

Confluunt per hæc foramina in nares omnia oculorum excrementa et medicamenta prorsùs ophtalmica... plurimi non multò post inunctionem expuerunt, alii emunxerunt (2).

Anel est un des premiers qui aient reconnu que la cause à-peu-près constante de la fistule lacrymale

---

(1) De re medicâ, lib. VII, ch. VII.

(2) De usu partium.

était l'obstruction du conduit nasal. Morgagni et lui sont les premiers qui aient exactement décrit les voies lacrymales.

Jean Louis Petit a tracé, avec le talent qui le distinguait, la marche à suivre pour rétablir le cours des larmes.

Lorsque les parties qui composent le syphon lacrymal sont dans un état naturel, la liqueur des larmes, après avoir lubrifié l'œil, passe par les points lacrymaux, le sac et le conduit nasal, pour tomber dans la narine. Elle cesse d'y passer par différentes causes.

L'embouchure (pl. 3, fig. 11 et 12) peut être oblitérée par l'adhésion des parois de la partie inférieure du canal (obs. 36). Je l'ai trouvée bouchée par une membrane (*voy.* ci-dessus, page 34). Elle peut aussi n'être oblitérée que par une portioncule de matière muqueuse desséchée (observation 37).

Dans le plus grand nombre de cas, peut-être presque toujours, l'obstacle qui s'oppose au passage des larmes est la phlegmasie chronique d'un ou de plusieurs points de la longueur du conduit (pl. 3, fig. 11 et 12), et le rétrécissement de son calibre, qui est un effet nécessaire de cette phlogose locale. Ces phlegmasies sourdes sont entretenues et augmentées par le séjour de la matière des larmes, qui acquiert de l'âcreté, et c'est l'inconvénient auquel remédient si avantageusement les injections faites par les points lacrymaux.

Quoique je n'admette point, pour causes ordinaires, des brides provenant d'ulcères cicatrisés ni des excroissances, il serait possible qu'un obstacle de ce genre se rencontrât. J'ai trouvé à la partie inférieure du sac lacrymal une bande tendineuse (*voyez* ci-dessus, page 34).

Un des petits conduits lacrymaux peut être lésé et rétréci, ou oblitéré par une blessure (obs. 38), par un abcès (obs. 39), par une petite excroissance (obs. 40), ou par l'effet d'une phlegmasie chronique et opiniâtre (obs. 41). Il peut encore être dilaté outre mesure, le conduit nasal étant obstrué; cette complication est des plus rares (*voyez* planche 38, figure 3; et tome II, page 2). Dans ces cas, le larmoiement existe plus ou moins, et si les deux petits conduits lacrymaux sont affectés, il est ordinairement très-marqué; il l'est encore plus quelquefois, mais non pas toujours (*voyez* ci-dessus, page 31), lorsque les deux points lacrymaux sont entièrement oblitérés: j'ai dans mon Journal une vingtaine d'exemples de cette oblitération complète, contre laquelle je conseille de ne rien tenter.

Si l'obstruction est incomplète, et qu'il survienne un épistaxis, elle est augmentée pendant sa durée (obs. 49).

Quelquefois, mais bien rarement, l'obstruction reconnaît pour cause un polype dans la narine.

Soit que les larmes passent seulement dans le

sac lacrymal, par la même cause qui fait monter les liqueurs dans les tuyaux capillaires, soit que l'appareil agisse à la manière d'un syphon, comme le pensait notre célèbre J. L. Petit, ou que les voies lacrymales soient douées d'une action particulière, toute affection de leurs parois, ne fût-ce qu'une phlegmasie légère, doit apporter un certain degré de dérangement à leur mode d'action. Les maladies font varier l'épaisseur des surfaces muqueuses. Bichat a vu cette épaisseur être de plusieurs lignes dans un sinus maxillaire (Anat. génér., 2[e] partie page 431). La pratique journalière m'avait appris que le conduit nasal perd de son diamètre par l'épaississement de ses membranes, mais qu'il ne s'oblitère pas. J'ai été confirmé dans mon opinion par le passage suivant du grand physiologiste dont j'appelle à mon secours l'autorité puissante; elle m'aidera, j'espère, et plus peut-être que tout ce que je pourrais alléguer, à faire proscrire toute tentative de brûlure, d'enfoncement, de perforation ou destruction de l'os unguis, et même tout traitement trop actif, dont le but serait d'obtenir, de vive force, le rétablissement de la route naturelle, qu'on obtient tous les jours d'une sage temporisation et de l'emploi des moyens les plus simples, sous les auspices de la nature.

« Lorsque les conduits muqueux cessent d'être parcourus par les fluides qui leur sont habituels, ils restent dans une contraction permanente :

c'est ce qui arrive aux intestins, au-dessous d'un anus contre nature. J'ai vu, dans ce cas, le *cœcum* et le *rectum* réduits au volume d'une très-grosse plume; cependant il n'y a jamais alors oblitération de leurs parois, à cause de la présence des sucs muqueux, dont le malade rend toujours une certaine quantité. L'urètre, à la suite des opérations de taille, où les urines sont long-temps à passer par la plaie, et dans les grandes fistules au périné, ou au-dessus du pubis; les conduits salivaires, dans les plaies qui les intéressent et qui donnent issue à toute la salive; *le canal nasal, dans les fistules lacrymales*, se resserrent aussi plus ou moins, mais ne s'oblitèrent jamais. On sait que le conduit déférent est souvent très-long-temps sans être parcouru par la semence, et qu'il reste cependant libre... On ne doit pas perdre de vue ce phénomène, général à tout conduit muqueux; il infirme la pratique de ceux qui, croyant, au bout d'un certain temps, à l'impossibilité de rétablir dans les fistules les voies naturelles, regardent comme nécessaire d'en *pratiquer d'artificielles*. Non-seulement les tubes muqueux ne s'oblitèrent pas, lorsqu'ils sont vides; mais même, étant enflammés, ils ne contractent jamais d'adhérences dans leurs parois, comme cela arrive si souvent dans les cavités séreuses, dans le tissu cellulaire, etc. » (Anatom. générale, 2e partie, page 470).

L'épiphora est un larmoiement léger, mais habituel, incommode, et quelquefois très-opiniâtre, qui reconnaît pour cause, non le rétrécissement du passage des larmes, mais un relâchement dans le tissu de la glande lacrymale, ou dans les extrémités des vaisseaux exhalants de la conjonctive, ou enfin dans les voies absorbantes en général de la liqueur lacrymale. On doit s'assurer d'abord que l'eau passe librement dans les narines, en faisant une injection par le point lacrymal inférieur, qui est plus facile à injecter que le supérieur. Ce larmoiement peut être l'effet d'une phlegmasie sourde de la conjonctive (*voy.* ci-après, sect. IV). Quand il n'est question que d'un relâchement, je vois ordinairement réussir les infusions de thé, de roses de Provins, ou d'écorce de grenade, employées froides; et, sur la fin, on se trouve bien d'ajouter un grain de sulfate de zinc sur deux onces d'une de ces infusions, pour en étuver l'œil.

L'ambassadeur d'un grand souverain avait un épiphora de cette nature, qui avait résisté à tous les moyens indiqués comme à tous les essais. Je le guéris très-promptement par l'usage d'une infusion de thé employée à froid.

Ordinairement le conduit nasal se rétrécit à sa partie inférieure. La liqueur des larmes, ne pouvant plus s'écouler dans le nez, reste dans le haut du canal et dans le sac; elle revient sur l'œil, lorsque le malade appuie dans le grand angle

avec l'extrémité d'un de ses doigts. Cette incommodité est très-commune.

Souvent en m'amenant un malade, on me consulte pour un larmoiement dont on ne s'est jamais occupé; je presse le sac, duquel sort une goutte de sérosité, et j'apprends que cette petite infirmité subsiste depuis dix, vingt ou trente ans, que jamais la personne qui m'en parle n'a consulté, et qu'elle n'en a jamais été sérieusement incommodée. Elle en est quitte pour s'essuyer l'œil quand elle s'expose à un vent froid. Je ne conseille rien que des bains dans une œillère remplie d'eau commune. Je me borne à donner le même conseil, lorsque je suis consulté pour un autre cas tout aussi simple, mais auquel la complication d'une légère phlegmasie de la conjonctive, d'une petite tumeur à la paupière, etc., a imprimé un caractère passager, dont les suites font concevoir de l'inquiétude. On peut appeler, si l'on veut, cet état le premier degré de la maladie. Le second forme ce qu'on a appelé tumeur lacrymale, hydropisie ou hernie du sac. Les larmes que les points lacrymaux y conduisent, ne pouvant s'écouler dans le nez, s'accumulent, et font effort pour le dilater. Jean Louis Petit a fait remarquer que, lorsque le conduit nasal est bouché, la seule force à-peu-près qui oblige les larmes à passer dans les points lacrymaux est l'action des paupières. Il paraît d'abord bien étonnant qu'une aussi petite force puisse dilater, et même faire

rompre le sac lacrymal, dont les parois offrent une résistance assez considérable; on cessera d'en être étonné, dit ce grand chirurgien, si on se rappelle que les fluides qui sont poussés par un tuyau d'un petit diamètre, dans une cavité d'une certaine étendue, par exemple, dans une vessie, agissent, sur chaque point de sa surface interne, avec la même force qui pousse le fluide à travers le tuyau, de sorte que, si ce fluide a *un* degré de force, et que la surface de la vessie ait *mille* parties égales au diamètre de l'embouchure du tuyau, la vessie sera dilatée de mille degrés, quoique la liqueur ne soit poussée que par un seul. Ainsi la force qui dilatera le sac sera à celle avec laquelle les larmes sont poussées dans les points lacrymaux, comme l'étendue de la surface intérieure du sac est au diamètre des petits conduits lacrymaux.

Les larmes alors étant retenues, forment une tumeur qui se montre au grand angle (pl. 19, fig. 3; pl. 20, fig. 1.). Elle disparaît presque entièrement pendant le sommeil: c'est par erreur que Bichat a dit, dans son Anatomie générale, (2e partie, page 453), que, dans ces cas, les larmes s'accumulaient dans le sac pendant la nuit. En pressant la tumeur avec le doigt, on fait sortir, par les points lacrymaux, une matière claire et visqueuse. Dans quelques cas cependant le mucus n'est pas toujours parfaitement limpide; quelquefois il est trouble, et semble mêlé avec

du lait ou de la crême; ce qui est dû, partie à l'humeur sébacée des glandes des paupières, qui est délayée par la matière des larmes, et qui passe avec cette humeur dans le sac lacrymal, partie à l'exsudation qui a lieu à la surface de cette cavité. On prend souvent cette matière blanchâtre ou jaunâtre, qui reflue par les points lacrymaux, pour du pus, et on prononce à tort qu'il y a ulcération. Sur cent conduits obstrués, cette dernière complication a lieu à peine dans un seul, et, lorsqu'elle existe, la matière est d'un jaune quelquefois verdâtre : presque toujours dans ce cas elle a plus ou moins de fétidité.

Jean Louis Petit a fait remarquer que l'hydropisie du sac lacrymal est mal nommée, parce que l'humeur n'est point sortie de ses couloirs. Cette maladie mérite plutôt le nom de rétention de larmes, eu égard au rapport qu'elle a avec la rétention d'urine. En effet, les petits conduits lacrymaux déposent les larmes dans le sac lacrymal, comme les uretères déposent les urines dans la vessie. D'un autre côté le conduit nasal est pour les larmes ce que l'urètre est pour les urines, et comme l'obstruction de l'urètre cause la rétention des urines dans la vessie, de même l'obstruction du conduit des larmes empêche celles-ci de couler dans la narine, et les retient dans le sac lacrymal (pl. 19, fig. 3; pl. 20, fig. 1).

La maladie est parvenue à son troisième degré, lorsque la matière muqueuse, cessant de s'écou-

ler sur l'œil ou par la narine, quand on presse le sac, fermente dans l'intérieur de cette cavité, et fait effort pour rompre son tissu (pl. 20, fig. 2), en excitant des douleurs d'autant plus fortes pendant les premières nuits, que cet organe est recouvert et assujéti dans sa position par un tissu cellulaire très-serré, qui résiste et ne cède qu'à un effort considérable, accompagné de douleurs à l'endroit où la rupture se prépare et dans les environs de l'orbite. C'est l'*ankilops*.

Le quatrième degré, qui est l'*ægilops* (pl. 20, fig. 3), existe lorsque le sac a enfin cédé, ainsi que la peau qui le recouvre; la matière retenue s'écoule alors par l'ouverture, et les douleurs cessent subitement; c'est alors que le malade a le chagrin d'entendre prononcer les mots de fistule lacrymale, de carie des os, et conçoit l'appréhension de conserver toute sa vie un écoulement visible et dégoûtant; mais ces craintes ne tardent point à s'évanouir, à l'aide des moyens les plus simples, et par le bienfait des efforts de la nature, lorsqu'ils ne sont point contrariés.

Le traitement de la fistule lacrymale m'est devenu extrêmement familier par l'attention que j'ai toujours donnée à cette maladie, par les notes que j'ai gardées des faits dignes de remarque, et par la quantité considérable de personnes que j'ai habituellement à traiter, en comptant celles qui, non encore entièrement rétablies, ou redoutant des rechûtes, viennent de temps à autre, et

quelquefois très-long-temps après que tout traitement est terminé, me demander de m'assurer de leur état. Je puis attester que quarante-sept fois, et peut-être plus, sur cinquante, il n'arrive rien au-delà des désordres que je viens de décrire; que, même dans ces cas d'exceptions, c'est moins la maladie qui donne lieu à des accidents plus graves, qu'une complication dont souvent elle n'est elle-même qu'un effet, comme, par exemple, lorsqu'un polype ou une carie vénérienne lui a donné naissance : on sent alors que ce n'est point la maladie, mais sa cause qu'il faut attaquer.

Anel a imaginé une sonde d'un si petit volume (pl. 14, fig. 14), qu'elle peut, étant introduite par un des points lacrymaux, passer de la paupière dans le nez, en traversant le sac lacrymal et le conduit nasal. Sa grosseur est, à peu de chose près, égale dans toute son étendue, et n'excède guère celle d'une soie de sanglier. Son extrémité est terminée par un renflement à peine sensible.

Anel se proposait de détrùire, avec cette sonde, tout obstacle léger qu'elle rencontrerait dans son trajet. Je préfère le stylet que lui a substitué Méjean (pl. 14, fig. 2). Pour l'introduire par le point lacrymal supérieur, j'écarte de l'œil le bord de cette paupière avec le pouce; mais s'il doit entrer par le point lacrymal inférieur, je renverse la paupière par le moyen du doigt index.

Je prends ensuite le stylet avec l'autre main, et, soit que je l'introduise dans l'un ou dans l'autre des points lacrymaux, je le dirige du côté du sac lacrymal, dans lequel je ne le fais pénétrer qu'en deux ou trois temps, le retirant à chaque fois d'une demi-ligne, et tendant bien la peau des paupières du côté du petit angle. Lorsque je sens la paroi latérale interne du sac avec l'extrémité du stylet, que, par conséquent, je suis bien sûr qu'il est parvenu dans cette cavité, je le relève, en l'approchant du sourcil, et je l'enfonce de haut en bas, suivant la direction du conduit nasal, en prenant toujours bien garde de ne rien forcer. Il entre de seize à dix-sept lignes, et sa pointe s'arrête sur le plancher du nez.

J'ai, pendant quelque temps, introduit par le point lacrymal une corde à boyau excessivement fine, que je laissais une heure, pour dilater le petit conduit avant d'introduire le stylet. J'ai renoncé à cette précaution.

Je vois assez souvent la simple introduction de la sonde d'Anel, ou du stylet de Méjean, suffire, et le passage rester libre dès le premier moment. M. Houzelot, chirurgien en chef de l'hospice de Meaux, m'adressa, le 23 janvier 1817, M. D***, affligé d'un larmoiement occasionné par une obstruction du conduit nasal. Le point lacrymal inférieur était doublé de diamètre; la narine était sèche; l'injection faite par ce point

revenait par le supérieur. Aussitôt le passage du stylet par le point lacrymal inférieur, l'eau coula librement dans la narine, et le conduit, depuis cette époque, n'a pas cessé d'être libre.

J'exhorte celui qui n'aura pas encore fait cette opération délicate, à avoir sous les yeux, pendant qu'il l'exécutera, la planche 3, et je lui conseille, lorsqu'il trouvera une résistance trop marquée, de retirer le stylet d'une demi-ligne, d'une ligne, ou même de deux ou trois, selon l'endroit auquel il sera parvenu.

Anel a encore imaginé une seringue (pl. 15, fig. 3) dont la canule est un tuyau d'or extrêmement délié; au moyen de cette seringue, on fait, par les points lacrymaux, des injections dont le but est d'empêcher que le conduit nasal ne s'obstrue de nouveau, après avoir été désobstrué.

Pour injecter, il faut se placer en face du malade, et abaisser la paupière inférieure avec le doigt index d'une main; de l'autre, avec laquelle on prend un point d'appui sur la joue, on introduit ordinairement dans le point lacrymal inférieur une ou deux lignes du petit tuyau d'or qui forme la canule de la seringue. Je suis dans l'usage d'en introduire à peine une demi-ligne, et souvent moins. J'y trouve l'avantage que si la paupière échappe par l'effet d'un mouvement brusque et involontaire, on ne risque pas d'irriter, d'excorier même le contour du point lacrymal, au moment où il s'éloigne de la canule.

J'ai vu de graves accidents arriver à la suite d'une aussi petite blessure. Un malade qui s'injectait lui-même a manqué de perdre les deux yeux par l'effet de l'ophtalmie que cet accident lui occasionna (obs. 42). J'emploie l'eau commune pour les injections. J'ai essayé de tout : rien ne m'a paru aussi convenable. Il est bon de la filtrer, ou de la laisser reposer dans un vase avant de la puiser avec la seringue.

La tumeur lacrymale disparaît pendant la nuit : le matin on ne la voit point ou que très-peu. Les vaisseaux absorbants ont tout repris ; mais l'action de l'air faisant couler les larmes sur l'œil, elles entrent dans le sac lacrymal, qui s'emplit de nouveau.

Lorsque la tumeur lacrymale se vide dans la narine par l'effet de la pression exercée à l'aide du doigt, il faut injecter, avec de l'eau, soit tous les jours, soit tous les deux ou trois jours. Il suffit de remplir cinq à six fois le sac et de le vider autant de fois. Il ne s'agit que d'y entretenir de la propreté, en écartant les matières dont une partie, moins ténue que le reste, peut séjourner, fermenter, et donner lieu à des accidents ultérieurs. Les engorgements les plus opiniâtres de ce genre sont ceux qui se forment à la suite de la petite vérole chez les enfants. Cependant on en guérit par de simples injections (obs. 44), ou du moins on les soulage assez, pour que la maladie, ramenée à un degré inférieur, ne donne plus aucune inquiétude.

J'engage le lecteur à lire le Mémoire de M. Papen (observ. 43). Ce Mémoire, si bien fait, me dispense d'entrer ici dans les détails relatifs aux symptômes qui accompagnent ordinairement, chez les enfants, la formation de cette maladie.

On la trouve quelquefois compliquée avec des phlegmasies de la conjonctive; ce qui a lieu plus souvent chez les enfants. Je l'ai vue chez des frères et des sœurs (obs. 45), et l'observation 39 offre un cas où elle semblait transmise héréditairement.

Elle passe d'un côté à l'autre, mais assez rarement. Par exemple, il y a douze ans, j'ai opéré, du côté gauche, Madame D***. Le conduit est très-libre, le droit s'étant obstrué, j'y ai placé ma sonde en février 1817. Elle y est restée quatre mois, et le conduit est bien rétabli; la sœur de cette dame a été opérée, il y a six ans, avec le même succès, et pour la même maladie, par un de nos plus grands chirurgiens; leur père avait subi autrefois la même opération.

Lorsque le malade est éloigné des secours, et ne peut pas se faire faire des injections, ce qui est très-ordinaire, il faut lui conseiller de se baigner l'œil, pendant trois ou quatre minutes chaque fois, dans une œillère ou petite baignoire destinée à cet usage, ou dans tout autre vase convenable. L'eau est ce qu'il y a de mieux pour ces bains. Le malade doit auparavant presser le sac lacrymal, pour le vider.

10.

Il est bon d'y joindre quelques moyens tirés de la saine pratique (*voyez* obs. 46).

Je suis dans l'usage d'introduire la sonde d'abord par un des points lacrymaux, ensuite par l'autre, jusque dans le sac, avant d'aller plus loin; après quoi je fais, avec de l'eau commune, une injection, qu'il faut pousser avec douceur en commençant, parce qu'elle excite une douleur assez vive, lorsqu'on la fait par le point qui a laissé passer la sonde. Une fois sur vingt, ou environ, l'injection passe dans la narine aussitôt après l'introduction du stylet, et la guérison est déja à moitié obtenue. C'est une tentative que je suis dans l'usage de faire : je répète cette petite manœuvre jusqu'à quinze et vingt fois en moins d'un mois, en la faisant suivre d'une injection. Je n'ai pas toujours regardé le passage des injections et des larmes, lorsque je l'ai obtenu, comme le résultat de la destruction d'un obstacle qui aurait existé dans le petit conduit lacrymal traversé par la sonde; car, avant de l'introduire, le mucus contenu dans le sac parcourait librement ce petit conduit pour revenir sur l'œil par l'effet de la pression; mais je suis plus porté à croire que l'eau passait dans la narine, parce que cette introduction opérait une légère irritation, qui changeait quelque chose, je ne sais comment, à l'état du conduit nasal.

L'obstruction plus ou moins complète de ce conduit, qui précède toujours la tumeur lacry-

male, et qui en est la seule cause, du moins dans mon opinion, est quelquefois l'effet d'un coup (obs. 47). J'ai opéré une demoiselle qui, ayant été frappée, auprès du grand angle, par une barre de fer qu'un homme portait, eut l'œil larmoyant dès le jour même, et ensuite une tumeur lacrymale qui se forma en deux mois.

Cette affection peut être aussi l'effet d'une chûte. Mademoiselle L***, d'Amiens, parente du célèbre Baudelocque, tomba, par une trappe, dans une cave, et eut, à la suite de cette chûte, le conduit nasal de chaque côté obstrué.

J'ai vu si souvent la tumeur lacrymale disparaître spontanément avec l'obstruction du conduit nasal, que j'ai cessé d'en prendre note sur mon Journal, et que je conseillerais encore de n'employer, pour combattre cette affection, que des moyens très-simples, ne serait-ce que pour courir la chance d'une terminaison heureuse et naturelle. Je citerai ici l'exemple d'une jeune personne qui avait un petit commencement de dilatation du sac et un larmoiement, qui dataient d'un an : les injections ne passaient pas; l'œil pleurait beaucoup. Elle désirait l'opération. Le jour pris, au moment où je me préparais à la faire, elle se trouva sans courage, et finit par s'y refuser absolument. Six ans après, j'eus occasion de la voir; elle me dit que, conformément à mon conseil, elle s'était bornée à se baigner l'œil dans de l'eau, et que, depuis quatre ans, il

avait cessé de pleurer. Je lui fis une injection; je trouvai le conduit libre.

Il y a certains cas où la matière est d'une ténacité et d'une viscosité qui résistent aux moyens généraux, sur-tout chez des personnes dont la profession est contraire à ce genre d'incommodité, comme celles qui sont exposées aux injures de l'air, à la poussière du plâtre, etc. Je tente ordinairement, lorsque je trouve le sac et la peau récemment ouverts, de faire descendre la sonde (pl. 14, fig. 15); si l'eau passe bien ensuite, je ne laisse point de sonde dans le canal, mais je place seulement la sonde courte (pl. 15, fig. 7), qui ne pénètre que dans le sac, et je m'en tiens là, en évitant même de l'ôter, si les injections passent les jours suivants. Je citerai, sous ce rapport et sous celui de l'inconvénient qui résulte de la poussière pour ceux qui ont un œil larmoyant, madame Lermina, boulangère à Paris, qui avait depuis long-temps un œil atrophié. Le conduit nasal du côté opposé était obstrué depuis huit ans, et le sac dilaté formait une tumeur de la grosseur d'une forte noisette. Le mucus qui refluait sur l'œil était d'une ténacité si marquée et cette glutinosité avait tellement résisté à tous les moyens employés, que l'on pouvait croire que la poussière imperceptible à laquelle son état la tient exposée se mêlait à la liqueur lacrymale, et entrait avec elle dans le sac par les points lacrymaux, pour ressortir ensuite sous la forme

d'une humeur épaisse; elle s'en affligeait beaucoup, car, ne voyant que de cet œil, elle pouvait à peine s'en servir, et était obligée de le laver de cinq en cinq minutes. Il se forma un *ægilops* le 15 janvier 1806. Je fis descendre la sonde (pl. 14, fig. 16) par l'ouverture fistuleuse, à travers le conduit nasal, jusque dans le nez, et, après l'avoir retirée, je plaçai la sonde courte (pl. 15, fig. 7). Six injections en huit jours ont suffi pour le rétablissement le plus complet. Au moment où j'écris, ce conduit est aussi libre qu'il le fut après cette légère opération, qui date de onze ans.

On sent quelquefois, avec l'extrémité de la sonde introduite par le point lacrymal, que le sac a été détruit dans certains points de son étendue, et que la sonde porte sur l'os *unguis* mis à nu (tom. II, page 112, obs. 48); il ne faut pas se hâter d'en inférer qu'il y a carie. Cette partie, rongée par un ulcère, se recouvre peu-à-peu; et, dès que l'on rétablit le cours des larmes, ou au moins qu'on porte de la propreté dans ces parties, à l'aide des injections, les accidents, de quelque nature qu'ils soient, se dissipent les uns après les autres. Il y en a un qui cède le dernier, et qui est heureusement assez rare; c'est une espèce de petite exostose. J'en ai une certaine quantité d'exemples dans mon Journal. Au mois de septembre 1796, j'ai traité Mademoiselle S***, de Caen, âgée de huit ans: on sentait une petite traverse osseuse à l'entrée du conduit; il y avait plusieurs ouvertures au sac et aux téguments.

Malgré ces désordres, l'injection faite par le point lacrymal inférieur passa le troisième jour. Sa guérison fut complète, à l'exception de la petite exostose, qui disparut peu-à-peu. Madame T***, de Boulogne, près Paris, eut, dans l'été de 1816, une tumeur lacrymale avec une petite crête osseuse au rebord orbitaire, au-devant du sac; cette saillie était de plus d'une ligne, et avait un bord dont on sentait les inégalités à travers la peau. Le passage du stylet de Méjean et les injections ayant rétabli le cours des larmes, la petite exostose s'est dissipée peu-à-peu, et il n'en reste actuellement (1818) aucune trace. Je suis convaincu que le passage des larmes est quelquefois intercepté par une exostose partielle et légère dans le canal osseux, et que, dans ces cas, le passage se rétablit, le plus ordinairement, lorsque cette exostose a disparu.

Je vois presque toujours, si la maladie n'est pas entretenue par un vice spécifique, qu'elle guérit par de simples injections, quand la matière qui s'amasse dans le sac passe dans la narine par l'effet de la pression avec le doigt (obs. 49).

Lorsque la tumeur est considérable, qu'elle résiste aux injections, et que le malade desire un traitement qui le délivre définitivement d'une incommodité que les uns supportent plus patiemment que les autres, voici la méthode que j'ai adoptée; c'est celle de J. L. Petit, avec de très-légères modifications.

Après avoir rempli d'eau le sac lacrymal, à

l'aide de la seringue d'Anel, on tire légèrement les téguments des paupières vers le petit angle, et on plonge un bistouri à cataracte très-étroit dans le sac, immédiatement au-dessous du tendon du muscle orbiculaire. Ordinairement la matière sort aussitôt mêlée avec du sang. Sa sortie prouve que le sac a été ouvert; s'il reste du doute à ce sujet, on doit faire une nouvelle injection par le point lacrymal inférieur, et si elle ne sort pas par la plaie, il faut y introduire la pointe du bistouri, et la plonger de nouveau, en la portant hardiment de haut en bas, dans le conduit nasal. Au reste, il est bien rare que le sac lacrymal ne soit pas ouvert du premier coup. On prend alors la sonde droite (pl. 14, fig. 17), et on la porte dans le sac de devant en arrière, tout en levant vers le sourcil son extrémité opposée, et la poussant légèrement de haut en bas. Si elle éprouvait trop de résistance pour descendre, il faudrait la retirer et lui substituer la sonde (même planche, figure 16); si cette dernière se trouvait encore trop forte, on recourrait à celle qui est représentée par la figure 15; elle n'est pas beaucoup plus grosse que le stylet destiné à descendre en traversant le point lacrymal. Après l'avoir retirée, on introduit et on laisse, selon la difficulté éprouvée, une des trois sondes (pl. 15, fig. 12, 13, 14).

Presque toujours la sonde désignée par la fig. 13, pl. 15, et souvent celle qui est représentée par la fig. 14, reste dès le premier jour. Cette dernière

est la plus forte. Chacune de ces sondes n'est qu'un simple stylet d'argent courbé : leur tête doit être un peu longue; car le premier jour il y a quelquefois du gonflement, et une tête plus courte pourrait se plonger dans les parties gonflées, en les excoriant; si on a mis une sonde faible, on la remplace quelques jours après par une un peu plus grosse, et le huitième jour, on peut se servir d'une des sondes à tête courte (pl. 15, fig. 9, 10, 11); *voyez* aussi les fig. 1 et 2 de la pl. 21.

J'injecte de l'eau commune, tous les jours, par le point lacrymal inférieur. Si l'injection passe dans la narine, la sonde étant en place, je la laisse pendant l'injection, et je ne l'ôte point pendant la durée du traitement. Si on ne peut faire passer l'injection dans la narine qu'en ôtant la sonde, il faut l'ôter tous les jours, ou tous les deux jours, pour injecter par l'ouverture faite au sac, ou par un des points lacrymaux. Telle est la méthode qui me suffit pour tous les cas; elle est fort simple. Je ne laisse guère la sonde au-delà de deux mois; quelquefois quinze jours me suffisent. Au milieu d'une multitude d'exemples, je citerai celui de M. R*** Ch***, marchand de bois à la Ferté-sous-Jouarre, qui eut le conduit nasal parfaitement rétabli, et ne garda la sonde que huit jours; celui de Madame***, qui m'a été envoyée par mon collégue, M. Jacquemin, et chez laquelle la présence de la sonde pendant six jours a suffi pour rendre au conduit son entière liberté. Je sais que l'on guérit par d'autres

moyens; mais ces malades n'auraient-ils pas guéri par cette méthode, qui est plus simple? Les grosses sondes coniques creuses, avec un anneau, que j'ai remplacées par la mienne, avaient l'inconvénient de laisser une ouverture béante au sac et à la peau, qu'on avait souvent bien de la peine à fermer. Combien ai-je fait de tentatives à ce sujet! J'ai été consulté par une jeune personne qui en portait une de plus d'une demi-ligne de diamètre. On avait vainement tenté beaucoup de moyens pour diminuer cette difformité. La malade avait eu une sonde creuse pendant neuf mois.

La sonde de plomb qui a une tête ronde semblable à celle d'un clou, dont se sert Scarpa, et celle de Ware, de Londres, ont l'inconvénient de laisser à la peau une marque noire des plus visibles, pour le peu que le séjour de la sonde se prolonge. Celle d'argent elle-même, si on la laisse trop long-temps, a un peu cet inconvénient.

Si on cache la tête de la sonde avec un petit morceau de taffetas d'Angleterre, il faut avoir soin de le placer, sur-tout pendant les premiers temps, de manière que la liqueur lacrymale, qui se présente pour sortir du sac, puisse s'écouler au-dehors.

Avant d'en venir à l'opération, toute simple qu'elle est, faite par cette méthode, il faut prescrire au malade des fumigations émollientes. Par exemple, on fait bouillir de la fleur de guimauve

dans de l'eau, ou, ce qui vaut mieux, dans du lait; on recouvre la cafetière d'un entonnoir renversé, et, après avoir enveloppé le tuyau de l'entonnoir d'un morceau de papier roulé, on introduit l'extrémité de ce tube de papier dans la narine, du côté où le conduit est obstrué; le malade continuera cette fumigation pendant cinq ou six minutes, et il tirera ensuite, par la narine du même côté, un mélange tiède fait avec parties égales de bouillon à moitié fait et sans sel et de suc de feuilles de bette.

Personne, je crois, ne voit une plus grande quantité de ces maladies que moi; jamais, en suivant le procédé que j'ai décrit, il n'est survenu un accident qui ait donné un seul moment d'inquiétude grave. J'ai eu connaissance, au contraire, d'une grande quantité de ces affections qui ont tourné plus ou moins malheureusement, par l'emploi de méthodes douloureuses dirigées par des gens fort habiles, mais qui n'ont pu ôter à ces moyens ce qu'ils ont de radicalement mauvais. Je ne prétends pas que le conduit nasal reste toujours libre par l'effet de la méthode que je suis; mais cette liberté en est très-souvent le résultat, et le larmoiement simple, occasionné par son obstruction, étant une très-petite incommodité, je crois avoir remarqué que, par les autres méthodes, ce qu'on appelle vulgairement guérison est la disparition de la tumeur, l'éloignement de la crainte imaginaire de la carie, et la réduc-

tion de la maladie à un degré inférieur, c'est-à-dire à la simple obstruction accompagnée d'un larmoiement, auquel le malade, qui a repris toute sa sécurité, se trouve fort heureux d'être condamné. Mille fois on m'a dit : Le malade a été opéré par telle méthode, et il est bien guéri; mais, en pressant le sac avec le doigt, je voyais sortir, des points lacrymaux, la preuve que l'on avait guéri des complications, et non la source du mal, c'est-à-dire l'obstruction du conduit nasal. J'ai reçu de Mons, en 1816, un Mémoire à consulter (obs. 50), dont les premières lignes offrent la preuve de ce que je viens d'avancer. A la vérité, par une espèce de compensation, je vois des malades, dont le conduit est parfaitement libre, contester leur guérison, parce qu'il leur reste ou qu'il leur survient postérieurement quelque léger accident, qui souvent n'a aucun rapport avec la maladie dont ils ont été délivrés; mais ces cas sont très-rares. Une demoiselle m'est venue trouver de fort loin, très-affligée de ce qu'elle appelait une rechûte de sa maladie. Le conduit avait été débouché dix-huit mois auparavant. Elle avait une phlegmasie des glandes de Meibomius et de la chassie entre les cils. L'injection passa parfaitement par la narine, et je n'eus pas de peine à lui prouver que sa frayeur était imaginaire.

Si, dans certains cas et malgré tous les soins, le conduit nasal doit rester fermé, ne serait-ce

pas encore avoir beaucoup gagné, à résultat égal, que de n'avoir employé qu'une méthode qui joint à sa simplicité l'avantage de n'avoir rien de douloureux ni de choquant, et de permettre au malade de vaquer à ses affaires, sans qu'on s'aperçoive que la mouche qu'il porte au grand angle cache un corps étranger?

J'ajouterai que, l'incision du sac faite, si je trouve un obstacle trop difficile à vaincre, même pour la sonde (pl. 14, fig. 15), qui ordinairement passe toujours, je me contente quelquefois, sans insister, de mettre dans la petite plaie la branche courte de la sonde (pl. 15, fig. 7), ou la même branche de celle qui est représentée par la figure 8, même planche, en prévenant le malade qu'il en sera quitte pour un simple larmoiement : cette branche courte entre dans le sac. La branche longue est assujétie par une mouche assez large de taffetas d'Angleterre, qu'il faut toujours placer de manière à ne pas couvrir l'entrée de la sonde, afin de laisser un passage à la liqueur des larmes, au mucus, et à une petite quantité de sang restée dans le sac lacrymal, dont il est bon de favoriser la sortie pendant les premiers temps, en humectant légèrement avec un peu d'eau tiède trois ou quatre fois par jour: mais il est bien rare qu'on ne puisse pas traverser aisément le conduit nasal. Je commence quelquefois par présenter la sonde (pl. 15, fig. 12), qui descend au moyen d'un très-léger effort : si

elle a éprouvé quelque difficulté, je la laisse dans le conduit; si elle a descendu en écartant facilement un obstacle de peu d'importance, je lui substitue sur-le-champ celle figure 13, même planche, et souvent, immédiatement après celle-ci, la sonde, fig. 14.

Je me contente de cette marche, même dans les cas que l'on regarde habituellement comme les plus compliqués: il y a plus; j'ai souvent évité jusqu'à la méthode si simple dont je me sers, et quelle que soit la gravité apparente des accidents, si les malades se refusent à l'opération, je crois qu'il suffit de leur faire faire, avec de l'eau commune distillée ou filtrée, des injections, qui écartent toutes complications ultérieures, et guérissent celles qui existent.

On a rempli des volumes de questions mal posées; on a dit : La carie des os est souvent la suite de la fistule lacrymale. Faut-il brûler l'os unguis? faut-il le percer ou l'enfoncer? etc., etc. Tandis qu'il fallait demander : L'os est-il mis à nu une fois sur cent? Dans les cas où cela arrive, y a-t-il carie une fois sur vingt? S'il y a carie, au lieu d'avoir recours aux méthodes douloureuses, peut-on tirer un meilleur parti, mais au moins un aussi bon, de l'opération la plus douce? Et même, dix-neuf fois sur les vingt, les simples injections d'eau pure, faites par le point lacrymal ou par l'ouverture du sac, s'il est rompu,

ne donneront-elle pas un résultat plus avantageux? Dans ces cas si extraordinaires d'exception, de quelque manière qu'on s'y prenne, est-il rare d'obtenir un passage libre des larmes dans le nez? L'avantage qu'on en retirerait, en l'obtenant, est-il trop indifférent, et l'inconvénient de sa suppression est-il trop léger, pour qu'on doive tant tourmenter le malade à ce sujet?

La réponse à toutes ces questions doit être affirmative; bien entendu que les moyens généraux ne seront pas négligés, et que, s'il y a un vice spécifique, il sera détruit ou au moins combattu par les moyens indiqués.

J'ai traité, au commencement de 1815, un homme de trente-cinq ans, qui sortait d'un traitement antisyphilitique. Il avait eu une carie du rebord orbitaire et de l'apophyse nasale de l'os maxillaire supérieur du côté gauche, dont l'effet avait été d'oblitérer le conduit nasal de chaque côté. Une cicatrice était restée à la joue, à la suite d'une incision pratiquée dans toute son étendue. Le sac lacrymal du côté gauche avait été le siége d'un dépôt qui l'avait ouvert; il n'était pas encore cicatrisé, et les injèctions, faites par le point lacrymal, revenaient par l'ouverture fistuleuse qui subsistait au sac et à la peau. L'os unguis, détaché, s'était présenté à l'ouverture de la plaie un mois auparavant; on l'avait retiré en le saisissant avec une pince. Le sac lacrymal, du côté droit, avait aussi été le siége d'un dépôt,

et avait été rompu, ainsi que la peau; mais depuis quinze jours, l'ouverture était cicatrisée. Les voies lacrymales du côté gauche étaient dans un tel délabrement, qu'il n'était pas possible de songer à d'autres moyens qu'à des injections. La sonde portait sur des parties osseuses qui n'étaient pas encore recouvertes, et qui, d'après l'odeur de la matière et sa qualité, étaient en partie encore affectées de carie. Bien convaincu que le rétablissement des deux conduits était à-peu-près impossible, le malade a renoncé à toute opération importante, et des injections, faites pendant huit mois, ont réduit la maladie à un simple larmoiement, que je lui ai vu au même degré deux ans après.

Souvent on soupçonne la carie sans fondement (obs. 51). J'ai beaucoup d'observations de chûte de l'os unguis, même sans carie : j'ai vu cette chûte suivie de la liberté du passage des larmes; ce qui est, jusqu'à un certain point, un argument en faveur de sa destruction par un procédé opératoire. J'ai traité, il y a dix ans, un jeune homme de vingt-cinq ans, par de simples injections, pour une tumeur lacrymale du côté gauche. L'os unguis, après quelques injections, tomba par la narine, il me l'apporta; cet os n'était altéré par aucune carie; mais il était seulement un peu corrodé à quelques points de son contour. Le conduit est resté libre. Un an après, il se manifesta une exostose peu considérable à la partie

supérieure et interne du bord de l'orbite droite, et il sortit des matières épaisses par les narines pendant quinze mois. A la suite de cet écoulement, et lorsqu'il commença à diminuer, l'œil droit se perdit par l'effet d'une amaurose complète. Je ne sais s'il y a eu quelques rapports névrologiques entre la tumeur lacrymale et l'amaurose de ce jeune homme, qui avait été traité, d'une manière peu méthodique, d'un principe syphilitique.

Si l'on rencontre, dans quelques cas rares, des altérations de la vision après des blessures du nerf frontal, on ne doit pas être étonné que les douleurs et la destruction des filets des nerfs, occasionnées par la rupture du sac lacrymal, aient pu quelquefois affecter l'organe de la vue. Cet effet aurait été probablement aussi ordinaire qu'il est peu commun, si un filet de nerf d'une grosseur remarquable, comme le nerf frontal, par exemple, eût passé sur le sac lacrymal en sortant de l'orbite.

Je n'ai, dans mon Journal, qu'une demi-douzaine d'exemples analogues à celui dont le détail est contenu dans le Mémoire de M. du Rosey (obs. 52).

J'ai vu souvent des désordres, qui paraissaient extrêmes, céder aux injections et aux applications faites, sur-tout pendant la nuit, d'un cataplasme de pomme cuite ou de farine de graine de lin. Quelquefois cependant j'ai touché légèrement,

avec le nitrate d'argent fondu, des fongosités qui sortaient par le trou fistuleux. Dans ces cas, j'emploie plutôt ce moyen comme puissant astringent et comme causant quelque changement à l'état de ces végétations, que comme escarotique. Je n'ai jamais manqué, par ce procédé, de les voir promptement disparaître. Je conviens cependant qu'il est des circonstances où il y aurait à faire quelque chose de plus que d'injecter ou d'introduire la sonde d'argent; mais ces circonstances doivent être infiniment rares. Après avoir lu, plus de dix fois, un Mémoire important (obs. 53), qui rend compte d'un cas grave que l'on serait tenté de mettre au nombre de ceux d'exception, et l'avoir comparé avec un grand nombre d'analogues que j'ai par devers moi, je suis resté convaincu, malgré la grande habileté de son auteur, que de simples injections auraient pu suffire avant la date du Mémoire et postérieurement.

J'ai vu plusieurs fistules lacrymales cancéreuses: des injections, qui ne pouvaient point guérir la maladie, m'ont toujours paru adoucir la situation des malades. J'ai vu le syphon lacrymal ouvert par un ulcère de cette nature, et son intérieur mis tellement à nu, les téguments et les parties qui le recouvraient ayant été détruits, qu'on pouvait étudier sa structure intérieure. La partie postérieure de sa face interne était un peu altérée. Le conduit nasal était obstrué.

Lorsque la matière qui forme la tumeur cesse de s'écouler dans la narine, et qu'il y a beaucoup d'irritation, le moment est peu favorable pour faire une injection. On ne manquerait pas de lui attribuer la fermentation de la matière amassée et la rupture du sac lacrymal.

Quand on est donc appelé, et qu'on remarque que cette terminaison est imminente, il n'y a rien à prescrire que des cataplasmes et des lotions de décoction de racine de guimauve. Les saignées et les autres moyens n'y feraient rien; cependant il m'est arrivé quelquefois de tenter une injection quand l'engorgement ne paraissait pas disposé à produire une crise rapide. J'en trouve plusieurs exemples dans mon Journal, au milieu desquels je citerai celui de Madame B***, de l'Isle-de-France. La matière cessa de couler; une douleur forte s'établit, et vingt-quatre heures après, la tumeur, qui ne pouvait se vider ni par le nez ni sur l'œil, était de la grosseur d'une petite noisette. Je fis pénétrer, à quinze ou vingt reprises, par le point lacrymal inférieur, un peu d'eau commune dans le sac, en évitant de pousser trop fort le piston de la seringue. La malade, dans les intervalles, recevait la vapeur d'une décoction émolliente par la narine, et pressait elle-même avec douceur sur sa tumeur, qui, après un quart d'heure de ces essais, se vida dans le nez. La douleur cessa sur-le-champ, et les injections rétablirent le conduit.

J'ai vu des enfants scrophuleux porter, pendant long-temps, une tumeur lacrymale; j'ai vu ces tumeurs s'ouvrir dix fois et plus, et, après le rétablissement, les enfants en ont été quittes pour un simple larmoiement, et n'ont pas été très-marqués par ces cicatrices répétées. Je citerai à ce sujet mademoiselle B***, actuellement (1818) âgée de cinq ans, à laquelle je donne des soins depuis deux ans pour la fistule lacrymale scrophuleuse la plus compliquée que j'aie vue depuis long-temps. Les ruptures du sac et des téguments se sont succédé dix fois en 1816. L'aspect du grand angle était vraiment hideux. M. Michel, son médecin, et moi, nous n'avons presque rien fait de local; par l'effet des moyens généraux les plus simples, l'enfant n'a point de marque choquante de ses cicatrices, et en est quitte pour un larmoiement très-peu incommode. J'ai bien vu, dans quelques-uns de ces cas, la paupière inférieure écartée; mais j'ai vu plus souvent des désordres de ce genre arriver par l'effet d'un mauvais traitement que par le seul effet de la maladie. Je ne saurais trop répéter que je ne parle que de la maladie simple ou idiopathique; mais, dans le cas même où elle est entretenue par une disposition générale, les moyens simples que j'emploie suffisent encore pour le mal local, pendant que l'on attaque le principe particulier.

J'ai trouvé souvent, après la ponction que je

pratique au sac (car je la fais si petite, que le nom d'incision ne convient pas à une telle ouverture), j'ai souvent trouvé, dis-je, que les points lacrymaux ne communiquaient point avec le sac; et ce qui m'étonne le plus, c'est que cette complication, moins rare qu'on ne le pense, ne se rencontre pas plus fréquemment. Dans ces cas, à quoi serviront les efforts pénibles qu'on fera pour obtenir la liberté du conduit nasal ou pour pratiquer une route nouvelle aux larmes à travers l'os unguis? Au reste, j'ai vu cette communication se rétablir plutôt par des moyens simples que par des procédés douloureux.

Madame***, de Troyes, vint à Paris en octobre 1808; elle avait une ouverture fistuleuse au sac lacrymal et à la peau du grand angle. C'était pour la onzième fois que le sac s'ouvrait depuis trois ans. Je me contentai de placer la petite sonde (pl. 15, fig. 7); j'injectai tous les jours par le point lacrymal inférieur : tout revenait autour de la sonde, que je n'ôtai point. Le dixième jour, l'injection passa par le nez, et, de ce moment, tout marcha vers la guérison.

Un enfant de douze ans avait, depuis six ans, le conduit nasal obstrué, à la suite de la petite vérole. On avait tenté toutes sortes de moyens : j'avais fait des injections qui ne passaient pas dans la narine; un an après, le dépôt eut lieu, et fut suivi de la rupture du sac et des téguments. On me l'amena alors : il y a actuellement quinze

ans. La première injection passa, partie par l'ouverture fistuleuse, et partie par la narine. Il guérit parfaitement, et aujourd'hui il a encore le conduit libre.

J'ai été consulté pour un jeune homme de seize ans et demi, maintenant notaire; il avait une ouverture fistuleuse au sac et aux téguments. M. Des Essarts, médecin de la famille, me dit qu'il avait eu un *ægilops*. Je fis une injection. Le conduit nasal était libre, et on n'avait rien fait de particulier. J'ai une trentaine de ces cas, où le conduit s'est débouché tout seul, et où il est resté une ouverture au sac et à la peau.

C'est par centaines que je compte les autres exemples de rétablissement du conduit nasal par les efforts de la nature, souvent même sans qu'ils soient aidés par le moyen simple et doux des injections.

Je vois, une fois sur cent, une tumeur lacrymale d'une espèce particulière. Jean Louis Petit en rapporte des exemples. J'ai été consulté, depuis un an, par quatre personnes qui ont cette espèce de maladie : elle subsiste chez deux depuis plus de dix ans; chez la troisième, depuis cinq ans; et chez l'autre, depuis trois ans, sans augmentation ni diminution. Cette tumeur est grosse comme une noisette, un peu plus ou un peu moins. Elle est formée par une matière amassée dans le sac lacrymal, à la quantité de vingt à trente gouttes, et ne se vide, en la pressant, ni

sur l'œil, ni par le nez. J'en ai opéré beaucoup. Je conseille, depuis quelque temps, aux malades de ne rien faire. Ordinairement ils pleurent fort peu et ne souffrent point. Quand je les ai ouvertes, il en est sorti de la matière purulente, jaune, mêlée de stries blanchâtres et verdâtres. Je pense que les larmes continuent à entrer lentement dans la tumeur; mais qu'elles ne peuvent point en ressortir par la même voie, parce que quelque léger pli, dans un des petits conduits lacrymaux (pl. 3, fig. 12. *a. b.*), faisant l'effet d'une valvule, s'y oppose. Cette petite quantité de fluide lacrymal qui vient se mêler à la matière amassée est reprise par les vaisseaux absorbants; ce qui établit une espèce de circulation; et du reste, la tumeur peut être considérée, en quelque sorte, comme une espèce de méliceris.

Le sac une fois dilaté, si on fait l'opération, soit qu'on ait pu rétablir le conduit nasal, soit qu'on y ait renoncé, on éprouve de la difficulté à faire reprendre à cet organe son diamètre accoutumé. Si le canal reste libre, le sac reprend à la longue sa capacité naturelle sans le secours d'aucun moyen particulier; mais si le conduit doit rester fermé, je fais porter plusieurs mois la sonde courte (pl. 15, fig. 8), et il suffit que les larmes ne puissent point s'y amasser et le distendre pour qu'il revienne lentement sur lui-même et reprenne à-peu-près son premier état.

L'épouse d'un des instituteurs les plus célèbres de la capitale eut une tumeur lacrymale qui augmenta, au point de surpasser la grosseur d'une noix, et de contenir près de cinquante gouttes de matière épaisse, qu'on faisait revenir sur l'œil par la pression. Elle ne voulut point qu'on s'occupât du conduit nasal, et desira être seulement délivrée de la tumeur lacrymale. Après avoir fait au tissu cutané et au sac lacrymal une très-petite ponction à la fin de 1812, je plaçai une sonde un peu plus longue que celle (pl. 15, fig. 8): cette plus grande longueur était nécessitée par l'élévation extrême de la tumeur. M. Canuet, chirurgien de la maison, fit chaque jour une injection. Pendant toute l'année 1813, madame L*** ne voulut pas laisser ôter la sonde, quoique j'en eusse proposé la suppression à différentes reprises. Le sac étant réduit presque à son diamètre naturel à la fin de 1814, deux ans après la légère opération de la ponction, j'insistai de nouveau pour que la sonde fût supprimée. La malade, craignant une rechûte, s'y refusa, et la garda fort inutilement pendant les années 1815 et 1816. La quantité de larmes que la mort de son mari lui fit verser chassa la sonde, et il n'en est résulté aucun inconvénient. Je l'ai vue plusieurs fois depuis, n'ayant aucune tumeur, mais seulement un larmoiement léger et qui l'incommode très-peu.

Je n'ai pas la prétention d'entraîner tous les

suffrages; je prie seulement ceux qui voudront continuer à agir d'après d'autres méthodes que celle qui me paraît suffire, de comparer sans prévention les résultats qu'ils obtiendront avec ceux que je viens de leur offrir. Je suis loin de croire qu'il est impossible de réussir par une autre marche: je pense qu'on ne doit se proposer, dans ces recherches, que l'avancement de l'art et le soulagement de l'humanité; c'est pour concourir à ce double but que j'emprunterai une importante observation qui paraît prouver en faveur de la perforation de l'os unguis (*voy.* tom. II, p. 128).

Je ne vois matière à dissentiment qu'en partant de la supposition qu'on veut rétablir le cours des larmes jusque dans les fosses nasales; car si on y renonce dans certains cas, alors on ne saurait trop simplifier le traitement.

Certainement c'est une perfection que le passage des larmes dans les narines, et c'est une chose louable que de s'efforcer de le rétablir lorqu'il est interrompu; mais quand on peut ramener une maladie compliquée à cet état simple d'une larme claire qui revient par les points lacrymaux, est-il très-important de délivrer le malade de cette légère incommodité à quelque prix que ce soit? C'est une question que l'on résoudrait négativement avec moi, si je pouvais me permettre de nommer ici les habiles médecins et chirurgiens que je connais, qui ont un con-

duit nasal obstrué, et qui, après avoir pesé, avec toutes les connaissances requises les avantages et les inconvénients des procédés opératoires, conservent leur simple larmoiement, les uns en s'injectant eux-mêmes tous les jours, et d'autres en négligeant même cette utile et facile précaution. Mon plus fort argument en faveur de l'expectation, c'est qu'on en voit beaucoup guérir spontanément. Maître-Jan en cite deux exemples frappants (obs. 55 et 56), et il avertit qu'il pourrait en rapporter plusieurs autres. M. Boyer (1) dit : « Autrefois je pratiquais l'opération de la fistule lacrymale sur les sujets de tous les âges; mais j'ai si peu réussi chez les enfants, que j'ai cru devoir ne plus l'entreprendre avant qu'ils aient atteint leur quatorzième ou leur quinzième année. » Voilà ma demande d'expectation fortement appuyée, au moins jusqu'à quatorze ans. Si on attend jusqu'à quatorze ans accomplis, on peut bien attendre encore, et c'est ce que je demande. M. Roux (au mot *dilatant*, Dictionnaire des Sciences médicales) dit : « J'ai eu de nombreuses occasions de pratiquer l'opération de la fistule lacrymale; je l'ai faite cent ou cent cinquante fois peut-être. » Et un peu plus haut, en parlant de la carie, il dit : « Cette complication, qu'on croyait

(1) Traité des Maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent, tome V, page 346.

autrefois fort commune, est au contraire assez rare. »

Les affections les plus rebelles des voies lacrymales sont celles qui sont occasionnées par le vice scrophuleux; et néanmoins j'ai vu cette maladie guérir spontanément, même avec cette dangereuse complication. Ne voulant pas toujours étayer mon opinion de ma seule expérience, dans la crainte d'être soupçonné de prévention, j'ai cherché si je ne trouverais pas quelque autorité imposante qui pût venir au secours de mon systême. En voici une qui ne pouvait se présenter plus-à-propos. M. Richerand, en parlant des récidives auxquelles sont sujettes ces maladies dans certains cas, dit (1) :

« Ces rechûtes multipliées ont fait regarder l'opération de la fistule lacrymale comme non applicable aux enfants au-dessous de sept à huit ans, et à ceux qui, n'ayant pas encore atteint l'âge de la puberté, offrent quelques symptômes de l'affection scrophuleuse. On doit, dans ces cas, se borner aux soins que la propreté commande, et souvent, par le simple développement des organes, ou par la destruction des écrouelles, la fistule cesse d'elle-même. J'ai observé plusieurs fois, à l'hôpital Saint-Louis, ces guérisons spontanées, sur des enfants auxquels on administrait

---

(1) Nosographie chirurgicale, 4[e] édition, tome II, page 55.

les remèdes usités dans le traitement des scrophules. »

Pour me résumer, je dirai que, depuis vingt ans, j'ai comparé entre eux les résultats d'une multitude immense de faits dans ma pratique et dans celle des autres; tant que la question n'a pas été résolue pour moi, j'ai poussé mes informations jusqu'à l'importunité, afin de connaître les résultats que d'autres obtenaient de la méthode dont ils se servaient. Je ne crois pas que jamais, avant moi, personne ait eu l'idée de se livrer, aussi long-temps et avec une telle opiniâtreté, à un semblable travail, et ait eu sur-tout la patience de continuer ses recherches sans se presser d'en publier les résultats. La conséquence de tant de persévérance a été pour moi que, non-seulement on a obtenu au moins le même état, soit de guérison complète, soit de rétablissement avec larmoiement, par les méthodes qui s'écartent le moins de celle que j'ai décrite; mais encore que l'on ne s'éloigne pas beaucoup du même résultat, en évitant cette simple et facile opération, et en s'en tenant aux injections. N'aurai-je point perfectionné le traitement des maladies des voies lacrymales, si je suis parvenu à le simplifier?

Il faut bien se garder de confondre un furoncle, qui peut venir sur le sac lacrymal, auquel on a donné mal-à-propos le nom d'*anchilops,* avec le dépôt qui se fait dans l'intérieur du sac. Je vois souvent de ces furoncles dans d'autres par-

ties, auprès de l'œil, sur-tout dans le tissu cellulaire situé sous la paupière inférieure.

Je trouve, dans mon Journal, que sur cent tumeurs lacrymales, à peine en est-il une qui n'ait pas son siége dans l'intérieur du sac. Celles qui viennent si rarement au-devant du sac ne l'attaquent jamais : j'ai à peine trois exemples d'exceptions à cette dernière règle, et il s'agissait de principes d'une nature corrosive; même dans ces cas, le ravage s'étend plutôt aux environs qu'au sac lui-même, bien défendu dans sa situation par un tissu cellulaire très-serré. Au surplus, ces espèces de tumeurs sous-cutanées sont si rares, que je ne m'y arrêterai pas davantage, et je me bornerai à affirmer la vérité des propositions suivantes.

1° Toute tumeur au grand angle, à l'exception d'une sur cent peut-être, a son siége dans le sac lacrymal, quoiqu'on ait souvent et très-récemment imprimé le contraire.

2° Le sac peut être ouvert sans que le tissu cutané soit percé; ce dernier effet a lieu ordinairement très-peu de jours après, souvent dans les vingt-quatre heures.

3° La maladie prend alors le nom de fistule; ce qui n'est pas plus effrayant, quand on réduit la chose à sa juste valeur.

On connaîtra si le malade n'a véritablement qu'un dépôt hors du sac, en réfléchissant aux antécédents. Si l'œil était larmoyant depuis plus ou moins de temps, il n'est pas nécessaire de

pousser l'examen plus loin : le gonflement aura son siége dans le sac lacrymal.

C'est une erreur encore, selon moi, que de supposer qu'une tumeur peut venir se former au-devant du sac, abcéder, et ensuite se dissiper, soit que la matière ait pénétré ou non dans cette cavité, et de la nommer *ægilops*. C'est cependant ce qu'on fait tous les jours, et beaucoup d'écrivains ont égaré l'opinion à ce sujet. L'*anchilops* est le dépôt et la fermentation des matières amassées dans le sac lacrymal, qui distendent ses parois et font effort pour le rompre. L'*ægilops* est la terminaison, en peu de jours, de cet état violent, qui excite de fortes douleurs, sur-tout pendant les trois nuits qui précèdent la rupture du sac et des téguments.

Le furoncle, au contraire, est, comme je viens de le dire, un abcès simple qui se rencontre très-rarement dans cet endroit. En cas de doute, si on peut faire une injection par le point lacrymal, l'incertitude a bientôt cessé; mais cela n'est pas toujours facile, à cause de la tension des parties voisines, et de plus il n'est pas bon, comme je l'ai dit plus haut, de commencer par-là. J'avoue que, précisément parce que c'est un cas très-rare, j'y ai été trompé quelquefois. J'ai vu des tumeurs dont le diagnostic (obs. 57) m'a embarrassé, au moins pendant les deux ou trois premiers jours. Heureusement l'hésitation n'a pas grand inconvénient, puisque, dans l'un et l'autre

cas, il suffit d'appliquer un petit cataplasme émollient dès que la tension, la douleur et la rougeur se manifestent.

Je soumets au lecteur les propositions suivantes : elles me servent de règle définitive depuis plus de dix ans.

Conduit nasal obstrué, rétréci imparfaitement ou complétement; la pression avec le doigt sur le sac lacrymal ne faisant rien revenir sur l'œil, ou tout au plus une ou deux gouttes de fluide limpide.

Abandonner à la nature.

Même état, avec un peu de mucus, d'abord clair, et peu-à-peu devenant trouble, même d'un blanc-jaunâtre, parce que la désorganisation s'est étendue aux embouchures des vaisseaux lymphatiques absorbants, qui s'ouvrent dans le syphon lacrymal et ne peuvent plus reprendre les fluides dont l'écoulement n'a plus lieu par la narine.

Faire une injection d'eau filtrée ou distillée, une ou deux fois chaque semaine, par un des points lacrymaux, et, à défaut, baigner l'œil, matin et soir, dans une œillère ou dans un verre à liqueur rempli d'eau, en observant de vider le sac par la pression avant ce bain.

Une dilatation plus ou moins considérable du sac lacrymal peut se joindre à l'état précédent.

Suivre la même marche; insister sur les moyens généraux : un exutoire est alors souvent indiqué, sur-tout s'il s'agit d'un enfant.

Oblitération d'un ou des deux points lacrymaux; désordre dans un des petits conduits lacrymaux ou dans les deux, par blessure, abcès, dilatation, etc.

Faire, tout au plus, de légères et courtes injections, à la dose de quelques gouttes, avec une extrême circonspection. En général, il ne faut pas employer en injection plus de la moitié du contenu de la seringue d'Anel. Le but des injections étant de faire sortir des matières amassées qui peuvent nuire, on ne ferait en les prolongeant, que fatiguer inutilement. Lorsqu'on injecte pour remplir le sac que l'on vide ensuite par la pression, il faut appuyer de haut en bas sur la tumeur, pour tâcher de faire passer dans la narine la matière amassée. On augmente par gradation la force de cette pression, non-seulement de jour en jour, mais même pendant la durée de l'injection... On peut remplir et vider huit ou dix fois le sac. Je vois la moitié de ces maladies céder à ce procédé continué avec patience.

Anchilops, ou dépôt de matières en fermentation dans le sac lacrymal.

Observer une diète modérée, faire usage d'une boisson délayante, et appliquer jour et nuit un cataplasme émollient.

Ægylops ou *Anchilops* ouvert.

Employer les mêmes moyens qui conviennent avant l'ouverture de cette tumeur, et de plus, lorsqu'on peut voir aisément le point lacrymal,

c'est-à-dire huit ou quinze jours après la rupture du sac et du tissu cutané, injecter avec de l'eau pure, qu'il vaut mieux faire passer par le point lacrymal que par l'ouverture fistuleuse : on court ainsi la chance de voir pénétrer l'injection dans la narine.

En sondant par le point lacrymal ou par l'ouverture faite au sac et à la peau, on peut trouver l'os dénudé.

Il faudrait alors continuer, en insistant sur les moyens généraux.

Si on a le projet de profiter de l'ouverture faite au sac et aux téguments, pour placer une sonde dans le conduit, il faut, en attendant qu'on puisse le faire, introduire et laisser dans la fistule une des deux sondes courtes (pl. 15, fig. 7 et 8), et présenter, tous les deux ou trois jours, une des sondes longues (fig. 12, 13, 14), qui descend quelquefois très-aisément, au moment où l'on s'y attend le moins. Il n'est pas indispensable, pour cela, que l'ouverture de la peau corresponde exactement à celle du sac lacrymal. Si on trouve plus commode la sonde pl. 14, fig. 15, on peut essayer de la passer, avant de placer la sonde qui doit rester. Enfin, si on a un motif déterminant, comme, par exemple, le désir bien prononcé du malade, on fera, même pour la simple tumeur non ouverte, l'opération que j'ai décrite plus haut (page 152) : on ne négligera point, dans ces différents cas, les fumigations par la narine et les lotions indiquées ci-dessus (p. 155).

SECTION IV.

Des Phlegmasies de l'œil.

CHAPITRE PREMIER.

De l'Ophtalmie (1).

L'ophtalmie est l'inflammation d'une ou de plusieurs des membranes dont l'œil est composé, et, le plus ordinairement, de la conjonctive. Il faut se rappeler que cette membrane, comme toutes les muqueuses, est adhérente, par une de ses faces, à un tissu cellulaire fort serré, et qu'elle est composée de la couche très-mince dont son tissu est formé, de papilles ou villosités, et de son épiderme, enfin de glandes et de vaisseaux de diverses espèces. Le peu d'épaisseur de l'épiderme est proportionné à la délicatesse de la conjonctive. Ses glandes muqueuses séparent une liqueur mucilagineuse qui en sort par des ouvertures de la plus extrême ténuité, et dont la consistance varie, ainsi que la quantité, qui est su-

---

(1) Synonymie. Όφταλμιη, υγρη (*humide*); ξηρη (*sèche*). Hippocrate. Lippitudo, Actuarius de method. med. lib. II.

bitement augmentée par l'action des causes irritantes. Nul doute que ces glandes dans lesquelles la sécrétion se fait d'une manière si inégale dans l'état inflammatoire, ne jouent le rôle le plus important pendant la durée de cet état. La conjonctive est parsemée de vaisseaux lymphatiques, ou plutôt en est presque entièrement composée. Ils sont entremêlés de quelques vaisseaux sanguins très-déliés : une liqueur limpide sort de ses pores exhalants, et se mêle à celle que fournit la glande lacrymale. Il n'est pas inutile d'ajouter qu'il y a lieu de croire que des lymphatiques absorbants s'ouvrent à sa surface.

La conjonctive jouit d'une extensibilité et d'une contractilité prodigieuse.

Plus des trois quarts des maladies des yeux sont causées par des phlegmasies qui ne diffèrent entre elles que d'espèce et d'intensité. En étudiant l'ophtalmie, on ne saurait assez méditer les passages suivants du père de la médecine.

« L'inflammation des yeux se guérit facilement, lorsque l'écoulement des larmes, la chassie, et la tumeur, ont commencé en même temps, ou lorsque les larmes sont mêlées avec la chassie, qu'elles ne sont pas chaudes, que la chassie est blanche et molle, et que le gonflement est léger et sans dureté. Si la maladie commence ainsi, l'œil se collera, les paupières s'agglutineront pendant la nuit, en sorte qu'il sera exempt de douleurs :

elle est alors de peu de durée et exempte de danger.

« S'il y a un écoulement considérable de larmes chaudes, qu'il y ait peu de chassie, que le gonflement soit léger, et qu'il n'y ait qu'un œil d'attaqué, la maladie devient beaucoup plus longue; mais elle est exempte de danger et de douleur. On doit en attendre la fin vers le vingtième jour: si elle passe cette époque, il faut attendre le quarantième; enfin, si elle n'est point encore finie au quarantième, elle se termine au soixantième. Pendant tout ce temps, il faut examiner si la chassie se mêle facilement entre les doigts; si elle devient blanche et molle, principalement lorsqu'on prévoit que la maladie est sur le point de finir; car alors on rencontre ces différents signes. Si les deux yeux sont entrepris, il y a plus à craindre qu'ils ne viennent à s'ulcérer; mais aussi la maladie est moins longue. La chassie sèche cause beaucoup de douleurs, mais ne dure pas long-temps, à moins que l'œil n'ait été blessé.

« Si l'enflure est considérable, exempte de douleurs, et qu'il n'y ait point d'écoulement de sérosité, il est alors à craindre que l'œil ne s'ulcère et que les bords des paupières ne contractent des adhérences.

« L'enflure est encore à craindre lorsqu'elle est accompagnée de douleurs et d'écoulement de larmes; car si les larmes qui coulent sont chaudes

et salées, il est à craindre qu'elles n'ulcèrent la pupille (1) et les paupières.

« Si l'enflure se dissipe, mais que l'écoulement des larmes et la chassie durent long-temps, on peut prédire aux hommes le renversement des paupières, et aux femmes, ainsi qu'aux enfants, le même effet, et de plus l'ulcération de ces parties.

« Si la chassie est pâle et livide, si elle est accompagnée d'un écoulement considérable de larmes chaudes, si la tête est brûlante, si le malade ressent des douleurs qui s'étendent depuis les tempes jusqu'aux yeux, et qu'il y ait insomnie, il se fait nécessairement un ulcère à l'œil, et il est à craindre qu'il ne se rompe. C'est un bien dans ce cas, lorsqu'il s'élève un mouvement de fièvre, ou lorsqu'il se fixe une douleur dans la région des reins. Alors, pour porter sûrement son pronostic, il faut avoir égard à la durée de la maladie, aux matières qui coulent de l'œil, à l'intensité des douleurs, et aux insomnies. Mais lorsqu'enfin on peut examiner l'œil, si on le trouve rompu, et que la prunelle (2) proémine par la plaie, c'est un accident dangereux et auquel il est difficile de remédier; si la pourriture s'y joint, l'œil devient entièrement inutile. On peut porter son pronostic, pour les autres espèces d'ulcères,

(1) La cornée.

(2) L'iris.

en examinant leur profondeur et le désordre qu'ils ont causé. En effet la cicatrice qui succède aux ulcères doit être proportionnée à leur étendue. Lors donc que des yeux ont été rompus, et qu'il proéminent ensuite de façon à ne plus se trouver dans leur situation naturelle, ni le temps ni l'art ne sauraient leur faire recouvrer la vue; mais les dérangements peu considérables des pupilles (1) peuvent se rétablir, s'il n'arrive pas d'accident grave et que le malade soit jeune. Quant aux cicatrices des ulcères, lorsqu'elles ne sont compliquées d'aucun autre accident dangereux, on peut les regarder toutes comme pouvant être aidées par le temps et par l'art, sur-tout celles qui sont très-récentes et qui arrivent à des jeunes gens. Relativement à leur situation, l'ulcération qui se trouve vis-à-vis le centre de la pupille est la plus dangereuse, ensuite celle de la partie qui est la plus voisine au-dessus du sourcil (2), et enfin celle des parties les plus voisines.

---

(1) Je crois qu'on ne doit pas traduire μετακινηματα των οψιων par *oculorum transmotiones*, comme on lit dans l'édition de Vanderlinden, mais par *transmotiones*, ou *dimotiones pupillarum*, comme on le trouve dans celle de Fœsius; car Hippocrate a voulu vraisemblablement parler de l'irrégularité de la pupille qui accompagne presque toujours les adhérences que l'iris contracte avec la cornée.

(2) Ou plutôt du côté du sourcil. Cet endroit est fort obscur : ou les manuscrits sont vicieux, ou l'on a mal interprêté ce passage.

« C'est un état de maladie que celui dans lequel les pupilles paraissent bleues argentines ou verd de mer. Celles-là sont un peu meilleures qui sont ou plus petites ou plus grandes, ou qui ont des angles, soit par une cause facile à reconnaître, soit sans cause apparente.

« Les brouillards, les nuages légers et les cicatrices blanchâtres nommées *aigides* (1) s'amincissent et s'évanouissent, à moins qu'il n'y ait eu dans cet endroit une blessure ou une autre cicatrice, ou un *pterygium* (2). S'il se forme une cicatrice reluisante dans la partie noire de l'œil, une portion de ce noir paraît blanche, de sorte que si elle reste long-temps inégale et épaisse, elle laisse une trace après elle.

« Quand au pronostic, *judicationes*, on doit le porter, comme je l'ai dit en parlant des fièvres, en ayant égard aux différents genres d'ophtalmies. Après avoir observé les symptômes qui les accompagnent, on peut prédire que la maladie sera longue, lorsqu'elle est accompagnée des plus dangereux symptômes, comme on vient de le dire; au contraire, lorsqu'elle est accompagnée des symptômes les plus favorables, on peut assurer qu'elle sera de peu de durée, qu'elle finira le septième jour ou dans les jours suivants, et que d'ailleurs elle sera exempte de danger. Celles-

(1) Αιγιδες.
(2) Πτερυγιον.

là sont sujettes à des rechûtes, qui paraissent aller mieux dans des jours qui ne sont point des jours de crises, et sans qu'il ait paru aucuns bons signes.

« Dans les maladies des yeux, on doit sur-tout considérer l'état des urines (1).

« La fièvre qui survient à quelqu'un attaqué d'ophtalmie guérit cette maladie; ceux qui sont attaqués d'ophtalmies et en même temps de douleurs de tête, si la maladie dure long-temps, doivent craindre de devenir aveugles.

« Le ventre, qui s'ouvre naturellement, aide à la guérison de l'ophtalmie (2).

« L'eau tiède adoucit l'acrimonie des larmes... Elle convient aux yeux lorsqu'ils sont attaqués de suppuration, de douleurs, d'un écoulement de larmes mordantes, et en général dans toutes les affections de ces organes qui viennent de sécheresse. L'eau froide convient aux yeux dont la rougeur est exempte de douleur (3). »

Dans l'état actuel des connaissances, presque tout ce que l'on a écrit au sujet de l'ophtalmie est à recommencer; il n'y a que les sentences immortelles d'Hippocrate qui subsisteront au milieu des systémes qui se sont succédé et se suc-

(1) Præd. lib. II.

(2) Coacæ prænotiones.

(3) De humidorum usu, XI, 8, 10, 11.

céderont encore. Ces sentences sont fondées sur l'observation de la nature, qui ne change point.

De ce que je vais dire, personne ne sera tenté de conclure qu'il y a une ophtalmie particulière pour chaque diathèse générale. En écrivant une nosographie, on doit tracer l'histoire de l'ophtalmie comme ne faisant qu'une seule maladie diversement modifiée par ses degrés, son siége, la diathèse particulière qui lui donne naissance, etc. Dans cet ouvrage, entièrement pratique, je me crois autorisé à former des divisions et sous-divisions qui ne seront ni très-régulières ni très-méthodiques, mais qui auront l'avantage de fournir des cadres aux observations relatives; et, au moins selon moi, celui de diriger utilement dans le traitement d'affections aussi communes, et généralement aussi peu connues.

Il faut distinguer dans l'ophtalmie son siége, son degré, sa durée, ses différences, ses causes.

Le siége de l'ophtalmie est, le plus ordinairement, la conjonctive : quelquefois elle est moins externe qu'interne; elle est alors accompagnée du plus grand danger. Dans ce dernier cas, elle affecte particulièrement la choroïde et l'iris, et s'étend même souvent, non-seulement jusqu'à la rétine, mais même jusqu'aux membranes transparentes de l'intérieur du globe.

Elle affecte un seul œil ou les deux, souvent passe d'un œil à l'autre, qu'elle quitte pour revenir au premier, et change ainsi plusieurs fois

alternativement, soit dans un état aigu, soit plus souvent dans un état chronique. L'ophtalmie externe peut être totale ou angulaire (pl. 22, fig. 2).

L'ophtalmie angulaire devient souvent totale. Dans ce degré léger de la maladie, on voit, d'ordinaire, un petit bouton blanc ou un dépôt qui a lieu sous la conjonctive.

Quand elle est simple, elle dure environ vingt jours; quand elle se complique, même légèrement, elle subsiste pendant trente jours et plus.

On trouve fréquemment cette variété chez les enfants; alors le petit dépôt s'ulcère; une grande irritation survient, et quelquefois pareil accident se forme à la conjonctive de l'autre côté de la cornée (pl. 22, fig. 3). Il est rare qu'il en résulte du danger; mais il faut que la maladie parcoure ses périodes.

Un graveur eut une forte ophtalmie angulaire en septembre 1816, qui dura plus d'un mois... Rechûte en novembre, accompagnée d'un petit dépôt sous la conjonctive... Seconde rechûte à la fin de décembre. Il se manifesta, le huitième jour, un abcès superficiel, très-près du bord de la cornée, sous la partie de la conjonctive qui passe sur cette membrane, et dans le voisinage du petit dépôt formé entre la sclérotique et la conjonctive. Ce dépôt sur la cornée s'est ouvert, et la légère excoriation qui lui a succédé a disparu entièrement en vingt jours. Un vésicatoire derrière le cou est le seul moyen un peu remarqua-

ble que j'aie employé. Je n'ai été consulté que pour la seconde rechûte.

Il est rare que la cornée soit ainsi affectée dans l'ophtalmie angulaire.

J'ai dit que le siége de l'ophtalmie était, le plus ordinairement, la conjonctive. Tout était inexplicable pour moi dans les variétés infinies d'effets dont j'étais témoin tous les jours, lorsque M. Pinel conçut l'heureuse idée de diviser les inflammations par ordre de systêmes. Bichat avait signalé les maladies locales, non pas sous le rapport des organes composés, qu'elles ne frappent jamais en totalité, mais sous celui des tissus divers, qu'elles attaquent presque toujours isolément dans ces organes. Ce grand physiologiste avait découvert que les phénomènes sympathiques des maladies suivent les mêmes lois (1).

Dès-lors tout ce qui me semblait si difficile à expliquer se simplifia à mes yeux, et l'application à la pratique de ces théories fondées sur la nature même des choses, régularisa ma marche.

Guidé par les découvertes de Bichat, j'ai facilement expliqué des complications qui m'embarrassaient, et j'ai cessé de m'étonner de ce que cette maladie se présente sous une multitude de formes aussi variées, et de ce qu'elle prodnit

---

(1) Anatomie générale tome I, considérations générales, page LXXXVIII.

des effets aussi différents entre eux et souvent aussi graves.

Le siége de l'engorgement ou de la congestion inflammatoire peut être, 1° la conjonctive, membrane de la classe des muqueuses; je ne saurais trop répéter que c'est là ce qui est le plus ordinaire. 2° Le tissu cellulaire situé au-dessous, dans lequel des dissections répétées et très-attentives m'ont fait découvrir beaucoup plus de vaisseaux sanguins que dans la conjonctive même. 3° Le tissu fibreux de la sclérotique. 4° Le tissu fibro-cartilagineux de la cornée. 5° La membrane de la classe des séreuses, que mon père a découverte, à laquelle il a donné le nom de capsule de l'humeur aqueuse, et qui revêt la face concave de la cornée. L'inflammation s'étend souvent aux autres membranes séreuses et transparentes du globe; à l'iris et à la choroïde, membranes non encore classées, et même à la rétine, qui existant seule de son espèce, ne peut pas l'être (1). Les glandes des paupières et la glande lacrymale peuvent aussi être vivement atteintes par l'irritation inflammatoire; le sang peut rompre ses digues naturelles, et l'injection passer dans la partie de la conjonctive qui recouvre la cornée. Le siége de la phlogose peut être dans une seule, dans deux, ou dans un plus grand nombre des parties que je viens d'indiquer. Il est facile d'en inférer que

(1) Bichat, Traité des membranes, CCXXIX.

les résultats doivent être très-variés, sur-tout si on combine avec ces différences, celles qui résultent de l'âge, du sexe, de la nature des causes de la maladie, des principes spécifiques sous l'influence desquels elle existe, et de son degré d'intensité.

Le degré de l'ophtalmie peut être très-léger (1), quoiqu'elle soit aiguë, et elle parcourt une période de huit ou dix jours, sans que l'on soit obligé d'y faire beaucoup d'attention.

Il y a une espèce de rougeur uniforme, méritant à peine le nom d'ophtalmie, qui paraît au réveil, et, dès le lendemain, laisse apercevoir une teinte jaune auprès de son bord (pl. 22, fig. 1); cette couleur augmente graduellement aux dépens de la teinte rouge, qui n'existe plus après le quatorzième jour : c'est *l'ecchymose* (2). Elle est causée par un petit vaisseau sanguin, qui s'ouvre et laisse échapper quelques gouttelettes de sang. Elles se répandent de la manière la plus uniforme dans le tissu cellulaire situé sous la conjonctive : cette membrane en paraît un peu soulevée. Ordinairement ce léger accident, qui n'excite aucune douleur, pas même de gêne, et qui ne mérite pas le nom de maladie, se manifeste d'un côté seulement de la cornée (obs. 58).

(1) Synonymie. Θαραχίς, actuarius de meth. med. lib. II.

(2) Synonymie. *Sugillatio*, Aëtius, tetrab. serm. III.

Cependant quelquefois il en fait le tour (observation 59).

L'œdème forme une tumeur transparente plus considérable, causée par un peu de lymphe qui s'extravase dans le tissu cellulaire. Le gonflement est à-peu-près uniforme : il est plus inquiétant que dangereux quand il ne survient pas sous l'empire d'une cause délétère, et comme premier symptôme d'une grave ophtalmie prête à se former; lorsqu'il est local (obs. 60), sans douleur, sans rougeur, qu'il n'est accompagné d'aucune difficulté de supporter la lumière, qu'en un mot il est indolent, il se dissipe tout seul, sans l'emploi d'aucun remède et en peu de jours, par l'action des lymphatiques absorbants. Si on ouvre d'un coup de ciseaux la conjonctive pour donner issue à la lymphe contenue dans le tissu cellulaire situé au-dessous de cette membrane, il disparaît quelquefois tout-à-coup (obs. 61).

De l'Ophtalmie aiguë, ou Chémosis.

Si le *taraxis* est le plus léger degré de l'ophtalmie, le *chémosis* (1) en est le plus violent (pl. 27, fig. 3; et pl. 30, fig. 2). Pour éviter les répétitions, je me dispenserai, en parlant des maladies ou de leurs modifications, de donner les détails

---

(1) Synonymie. Κημωσις, actuarius de meth. med. lib. II. Chemosis, Aëtius, tetr. serm. III.

que l'on pourra trouver dans les observations correspondantes du second volume (*voy.* observations 64, 65, 66 et 67). Je me contenterai de dire ici que, dans cette espèce dangereuse, le gonflement des vaisseaux de la conjonctive est tel, qu'elle forme un bourrelet autour de la cornée, et que, du tissu muqueux de la conjonctive, la phlegmasie se communique, non-seulement à la substance propre fibro-cartilagineuse de la cornée recouverte par la conjonctive amincie, mais encore à la membrane, de la classe des séreuses, qui revêt la face concave de la cornée, et que, le plus ordinairement, cette complication donne naissance à un épanchement dans la chambre antérieure, ou hypopion. La cornée paraît alors comme dans un enfoncement. Très-souvent la suppuration et la fonte du globe sont les suites de cette violente crise; cependant il ne faut pas se presser de se décourager, et je vois quelquefois de ces désordres graves laisser subsister le globe dans un état qui permet au malade de s'en servir plus ou moins. Je ne connais point d'observation plus curieuse que celle que j'eus occasion de faire le 3 juin 1809. On m'amena un enfant de dix ans, fils de M. Galien, du Puy-en-Vélai, qui, ayant eu un chémosis aux deux yeux dans sa première enfance, avait l'œil droit fondu et le gauche tellement diminué de volume, que la cornée était réduite à la largeur qu'on lui voit (pl. 61, fig. 2); l'iris et la pupille étaient rétrécies dans

la même proportion : il distinguait les cartes à jouer, même certains caractères d'impression, et voyait à se conduire seul.

J'ai vu quelquefois une espèce de faux chémosis (obs. 67) : les boursoufflements de la conjonctive, dans cette variété, ne sont point accompagnés d'irritation, et sont circonscrits en bourgeons.

Le plus grand danger accompagne le chémosis, et on doit compter les heures de sa durée, en ne cessant de le combattre, ou au moins en ne ralentissant les efforts dirigés contre lui qu'après l'avoir évidemment ramené à un état inférieur; encore, dans la crainte de rechûte, ne doit-on point se départir de la plus grande surveillance, tant que le gonflement de la conjonctive n'est pas entièrement dissipé.

La durée de l'ophtalmie présente de grandes différences. L'ophtalmie aiguë dure plus ou moins, selon l'âge du sujet, son tempérament, la nature du principe spécifique qui peut lui avoir donné naissance ou la compliquer, le degré de sa violence, et sur-tout le nombre des tissus auxquels s'étend l'irritation.

Toute ophtalmie, quels que soient son siége, sa nature et sa cause, peut devenir chronique, et on en trouvera des exemples dans les observations (tom. II et III), si on en lit un certain nombre avec attention. C'est dans son état aigu qu'il faut combattre soigneusement cette maladie,

qui devient plus rebelle et plus sujette à récidives, lorsqu'elle prend un caractère de chronicité. Je la vois souvent passer plusieurs fois alternativement d'un œil à l'autre (obs. 68).

Dans l'état aigu, selon qu'il est élevé à un degré plus ou moins fort, on rencontre quelques-uns des éléments généraux propres à toutes les inflammations, comme la douleur, la congestion sanguine, l'irritation vive des membranes enflammées, le mouvement de fluxion, la fièvre, souvent l'embarras gastrique (observ. 69, 70); et en outre les symptômes qui distinguent particulièrement les inflammations des yeux, comme la difficulté de supporter la lumière, la perte de l'appétit, la céphalalgie, particulièrement celle qui est sus-orbitaire; le larmoiement, la diminution de la vue; enfin le boursoufflement de la conjonctive et le rétrécissement des pupilles.

Lorsque la maladie est au plus haut degré d'intensité, le boursoufflement de la conjonctive est souvent occasionné par un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire situé sous cette membrane.

En général, s'il existe une réunion d'un certain nombre de ces symptômes, et que les douleurs dans le globe se fassent sentir par crises, l'œil est menacé d'un dépôt entre les lames de la cornée ou dans la chambre antérieure de l'humeur aqueuse. La cornée, insensible aux incisions dans l'état de santé, devient extrêmement irrita-

ble lorsqu'elle est enflammée. « On dirait que ce sont les organes les moins habitués à sentir dans l'état naturel, qui, dans les maladies, éprouvent les plus vives sensations (1). »

On ne peut point fixer de marche régulière à l'ophtalmie aiguë, dans laquelle tout dépend d'une grande quantité de circonstances accessoires combinées avec l'extrême délicatesse des membranes, siége de la phlogose. Cependant on peut généralement lui assigner trois temps, savoir : sa marche progressive, son état complet, et sa diminution, pendant laquelle il survient quelquefois une ou plusieurs rechûtes plus ou moins sensibles : quelques-unes ne le sont que pour le malade seul, tant elles sont légères et de peu de durée.

On peut dire encore qu'en dix à onze jours elle arrive à son état, qui en dure autant, et quand il existe un certain nombre d'éléments de la maladie, dont quelques-uns sont portés à un degré élevé, il faut se féliciter si le temps de la diminution ne dure que le double de celui de la progression. Par conséquent tout se remet dans l'ordre en moins de quarante jours, bien entendu que, pendant la progression et l'état complet, il ne sera survenu aucun désordre sérieux; car alors la guérison serait d'autant plus longue, que les accidents auraient été plus graves.

(1) Bichat, Anat. génér. tome IV, page 475.

Je ne parle que de l'ophtalmie idiopathique, qui, étant combattue à temps par des moyens convenables, ne laisse à l'œil pendant sa diminution qu'un état de faiblesse, sans altération dans son organisation.

Il est bien rare que l'ophtalmie aiguë ait un certain degré de gravité, sans qu'elle soit accompagnée de tous les symptômes qui dénotent un embarras gastrique. Souvent du huitième au quinzième jour de la maladie, la fétidité de l'haleine du malade est insupportable.

Les différences de l'ophtalmie peuvent la faire diviser en *idiopathique*, qui existe par elle-même, et en *symptomatique*, qui est sous l'influence d'une autre affection.

Je dois sur-tout entretenir le lecteur des causes de l'ophtalmie *idiopathique;* elles sont internes et externes.

Des causes internes de l'Ophtalmie.

Ses causes prédisposantes et occasionnelles internes sont: l'application excessive, sur-tout aux lumières; une disposition, soit héréditaire, soit provenant d'anciennes ophtalmies; l'enfance, la gestation, un état pléthorique; les principes scrophuleux, scorbutique, syphilitique, arthritique, dartreux, cancéreux, et les autres altérations du système lymphatique; les fièvres, l'existence d'autres maladies de l'organe de la vision, etc.

Beaucoup d'ophtalmies sont si évidemment oc-

casionnées par le travail, que certaines personnes ne peuvent point se livrer à la lecture ou examiner des objets d'une petite dimension, même pendant un quart d'heure, sans que leurs yeux éprouvent une phlogose évidente.

On ne peut alors conseiller qu'un repos absolu, et l'emploi des moyens généraux.

Rien de si ordinaire que de voir des ophtalmies influencées par une disposition héréditaire. Il est encore plus commun de voir des attaques de cette maladie reçonnaître pour causes prédisposantes, d'anciennes ophtalmies, qui souvent ont eu lieu dans la première enfance. Il y en a une foule d'exemples dans la section IV du tome II.

On doit apporter la plus grande surveillance dans le traitement d'une ophtalmie développée sous cette espèce d'influence, et il faut redoubler de précautions, si quelque ancienne phlegmasie a laissé des traces de son existence.

De l'Ophtalmie des Enfants.

S'il s'agissait d'un traité de pathologie, il serait très-déplacé de distinguer l'ophtalmie des enfants de celle des adultes. Cette maladie en effet attaque l'œil d'un vieillard comme celui d'un enfant, et produit dans l'un, comme dans l'autre, des effets qui ont beaucoup d'analogie; mais, dans la pratique, on s'aperçoit souvent que l'enfance est pour cette affection une source féconde de causes prédisposantes. Les membranes des yeux chez

les enfants sont d'un tissu lâche, et qui cède aisément aux efforts du sang. La cornée est très-épaisse dans l'enfant nouveau-né : aussi les désordres les plus graves s'y manifestent promptement, lorsqu'une violente ophtalmie attaque un organe alors si délicat. L'ophtalmie puriforme des petits enfants a son siége principal dans le tissu cellulaire situé sous la conjonctive, sur-tout à l'endroit où cette membrane revêt la face interne des paupières qui se gonflent tellement, sur-tout la supérieure, qu'il est impossible, pendant plusieurs jours, de les entr'ouvrir pour examiner l'œil. L'exsudation de matière épaisse qui sort de la glande lacrymale, des cryptes muqueux enflammés de la conjonctive et des glandes de Meibomius, est si abondante, qu'elle ne peut se comparer qu'à celle qui a lieu dans l'ophtalmie causée par la suppression d'un écoulement gonorrhoïque. Elle doit être enlevée douze ou quinze fois par jour à l'aide d'une éponge fine trempée dans une infusion tiède de fleurs de sureau, en entr'ouvrant chaque fois légèrement les paupières. Il est très-ordinaire que le tissu de la cornée s'altère par la macération que cette membrane éprouve au milieu de cette matière abondante et presque purulente, et qu'elle se déforme, en présentant une protubérance plus ou moins marquée.

Souvent la fonte du globe est la suite de cette phlegmasie.

C'est sur-tout chez les enfants âgés seulement de quelques semaines, que la désorganisation s'opère le plus aisément. Heureux ceux qui en sont quittes pour des épanchements lymphatiques entre les lames de la cornée, de nature à diminuer avec le temps. La cause prochaine la plus ordinaire de cette dangereuse phlegmasie est l'exposition imprudente de ces petits êtres à l'influence d'une atmosphère rigoureuse (obs. 71).

Un respectable curé de campagne qui, dans l'exercice des fonctions de son ministère, avait été témoin d'accidents arrivés aux yeux et à d'autres parties chez plusieurs enfants nouveau-nés, par l'impression de l'eau froide, m'a dit qu'il avait adopté l'usage utile, et que je voudrais voir général, de faire tiédir l'eau avec laquelle il leur administrait le baptême.

Je suis fort étonné que l'on n'ait point écrit et répété cent fois, qu'une des causes qui rend si dangereuse l'ophtalmie des enfants au-dessous d'un an, est l'impossibilité où ils sont de faire comprendre que la lumière est pour eux une cause continuelle d'irritation. Nul doute que si un enfant de deux ou trois ans, attaqué d'une ophtalmie violente, était forcé de tenir exposés au grand jour, ses yeux qu'il sait si bien cacher avec ses mains, il n'éprouvât les plus graves accidents. Il faut, en général, garder dans un endroit peu éclairé, les enfants qui paraissent avoir de la peine à supporter l'impression de la lumière,

et cependant les porter au grand air, à la chûte du jour, lorsque le temps et la saison le permettent.

Si l'ophtalmie prend dans un âge si tendre un caractère particulier, sinon par sa nature, au moins par les effets qu'elle produit sur des tissus aussi délicats, elle agit d'une manière qui lui donne encore une physionomie particulière, dans tout le reste de l'enfance.

Il est bien difficile de la montrer ici sous les différents aspects qu'elle présente, selon la différence de ses causes et l'âge de l'enfant. Ce sont des connaissances qui ne peuvent s'acquérir que dans une pratique habituelle et étendue; cependant il me semble qu'on prendrait une idée assez juste de la plupart des cas qui peuvent se présenter, si on se déterminait à lire les observations 65 et suivantes jusqu'à l'observation 75: on verrait que très-souvent il est impossible aux enfants de supporter la lumière la plus faible. Ce phénomène est quelquefois porté à un si haut degré d'intensité, sans que l'inflammation soit extrême, et il se prolonge si long-temps avec de très-courts intervalles, que j'ai cru d'abord qu'il avait son siége dans l'intérieur du globe, peut-être dans le tissu érectile de l'iris (*voy.* ci-dessus page 56); mais en trouvant, lorsque les yeux peuvent enfin être examinés, que la cornée est plus ou moins tachée, il m'a paru qu'il s'agissait d'une inflammation de cette membrane, d'où il

résulte une sensibilité exquise, lorsque l'iris, en se contractant par l'effet de la lumière, tiraille les attaches de la cornée à la sclérotique.

J'ai vu des enfants avoir les yeux ainsi fermés pendant un an.

De l'Ophtalmie à la suite de couches.

La gestation et les maladies particulières aux femmes établissent évidemment des causes prédisposantes à l'ophtalmie, comme aussi des solutions de la maladie par l'éruption des règles, etc. (obs. 84). On a dit long-temps que le lait était souvent transporté des mamelles sur d'autres parties où sa présence occasionnait des désordres : dans l'état actuel de la science, on ne peut pas tenir ce langage. Certes ce n'est pas du lait sécrété dans les mamelles, qui se présente dans certaines cavités, lorsque l'on y rencontre une liqueur blanche, à l'ouverture d'une femme morte de suites de couches; mais il y a souvent un refoulement, ou, si l'on veut, une rétrocession d'une matière qui se portait aux mamelles pour y être convertie en lait, et on voit tous les jours ce changement de direction porter son effet sur les yeux.

Hippocrate a désigné ce mouvement rétrograde, lorsqu'il a dit : « Des fluxions de pituite se portent des mamelles aux yeux (1). »

---

(1) De morb. vulg. lib. II, s. V, 22.

Les mamelles deviennent molles et flasques au moment où des accidents se manifestent sur d'autres points. Les fluides qui se portaient vers elles pour fournir à la sécrétion du lait sont donc alors dirigés vers ces points par une irritation, par un stimulus survenu; et je vois tous les jours cette métastase donner naissance à des effets pathologiques plus ou moins graves, que les mères désigneront encore long-temps sous le nom d'effets d'humeur laiteuse. Quelquefois ces accidents sont légers, mais opiniâtres et importuns. La femme d'un de mes confrères à la Société de Médecine de Paris m'a consulté en 1797. Depuis son dernier allaitement, ses yeux s'appesantissaient à six heures du soir. Elle éprouvait alors une douleur au péricrâne.

La saignée du pied m'a procuré de si heureux résultats dans un grand nombre de cas graves d'ophtalmies, qu'il m'est arrivé de faire saigner du pied des femmes enceintes, lorsque j'ai vu la cécité imminente. Peu s'en est fallu que je ne fisse ainsi saigner la jeune femme (obs. 85), dont l'œil est représenté (pl. 35, fig. 2). J'ai vu souvent, chez des femmes, des ophtalmies durer plusieurs années, et diminuer d'intensité pendant chacune de leurs grossesses.

De l'Ophtalmie par Pléthore sanguine.

La pléthore sanguine est une cause prédisposante des plus puissantes. On en trouvera de nombreuses preuves, notamment dans les obser-

vations 86, 87, 88, 89 et 90 ; et il est inutile d'en fournir de cette vérité si bien reconnue, que l'usage habituel du vin pur et des liqueurs spiritueuses établit une prédisposition à l'ophtalmie, qui, de quelque nature qu'elle soit, est disposée à passer, par sympathie, d'un tissu de l'appareil de la vision d'un côté, au tissu semblable de l'appareil de la vision de l'autre côté. Je vois tous les jours la phlegmasie des glandes des paupières passer d'un côté à l'autre dans les mêmes glandes; je vois l'ophtalmie angulaire, la phlogose des membranes de l'intérieur du globe, jusqu'à une sourde injection de l'iris, qui rend un peu irrégulière la pupille, passer d'un côté à l'autre sous les mêmes formes; enfin, lorsqu'il y a une, ou deux barres dans le cristallin (pl. 39, fig. 3), rien n'est plus ordinaire que d'en voir paraître dans le cristallin de l'œil opposé, littéralement avec les mêmes apparences. *Voyez* ci-dessus, page 188.

Parmi les causes de l'ophtalmie, il n'y en a point de plus actives que les principes spécifiques.

De l'Ophtalmie par principe scrophuleux.

Le principe scrophuleux doit être combattu (obs. 93), pour que l'ophtalmie opiniâtre à laquelle il donne naissance puisse céder.

Les enfants sont plus sujets que les adultes à l'ophtalmie scrophuleuse : les glandes des paupières sont alors presque toujours affectées.

Quand il y a un danger sérieux pour la vue, je fais tirer par la narine quelque liqueur un peu âcre; comme une décoction, d'abord légère et ensuite plus chargée, de racine de pirètre, parce que souvent les yeux se dégagent lorsque la lèvre supérieure et le nez s'engorgent; et, au contraire, s'affectent de nouveau, lorsque l'irritation abandonne ces parties (obs. 91). Je vois souvent une petite tache occasionnée par un épanchement lymphatique sous la première lame de la cornée, ou entre cette lame et la partie amincie de la conjonctive qui la recouvre : cette tache augmente et diminue, selon que la rougeur et le larmoiement scrophuleux sont plus ou moins prononcés (obs. 94).

Cette espèce particulière de phlogose a une grande tendance à passer alternativement d'un œil à l'autre, et à prendre un type périodique irrégulier (obs. 95). Quand les effets sont peu graves, loin de rester dans une sécurité dangereuse, il faut redoubler de précautions à chaque rechûte, dont une, en apparence légère dans son commencement, peut être brusquement suivie de dépôts entre les lames moins superficielles de la cornée, et d'ulcères d'autant plus dangereux, qu'il est plus difficile d'en obtenir la cicatrisation (obs. 96 et 97). A la suite de cette dernière observation, je donne une consultation de M. Duchanoy, que j'avais demandée pour une de mes malades, et l'extrait de deux consultations dont

les auteurs jouissent à Paris, comme M. Duchanoy, d'une considération bien acquise.

J'ai vu le vice scrophuleux, qui déja avait contracté les doigts, porter son action dans l'orbite, et retirer de deux lignes le globe vers le fond de cette cavité (obs. 98).

De l'Ophtalmie par principe scorbutique.

L'ophtalmie due à un principe scorbutique se reconnaît quelquefois, sur-tout chez les jeunes sujets, à ce que les vaisseaux injectés de la conjonctive ne sont pas roses, mais ont une teinte légèrement violette (pl. 23, fig. 1); d'autres fois, je les trouve d'un rouge-blafard tirant sur un jaune légèrement noirâtre. Ils avaient cette teinte chez un homme qui prenait des sucs d'herbes depuis huit mois. Il avait les deux yeux également rouges et des taches scorbutiques sur la poitrine. Je vois quelquefois ce principe particulier donner naissance à de petits abcès sur la conjonctive (obs. 99).

De l'Ophtalmie par principe syphilitique.

L'ophtalmie syphilitique, à son début, présente l'aspect d'un chémosis qui se déclare (pl. 27, fig. 3). Quand l'écoulement gonorrhoïque cesse, et que, l'irritation changeant de place, un œil ou les deux yeux en deviennent le siége, il arrive souvent qu'en vingt-quatre heures la cornée tombe en suppuration. Il n'y a point un mo-

ment à perdre; il faut saigner brusquement plusieurs fois, appliquer un très-large emplâtre vésicatoire entre les épaules, tenir le malade à la diète, au bouillon de veau et de poule, et ne pas laisser séjourner la matière entre les paupières (obs. 100, 101, 102). Au nombre des terminaisons funestes de ce genre, j'ai cru devoir faire connaître le malheur arrivé à une innocente victime (tom. II, pag. 181). Peut-être cet exemple pourra inspirer à des parents une salutaire défiance: j'aurais pu en citer vingt autres analogues, dont peu sans doute ont eu d'aussi tristes résultats, mais dont plusieurs n'en offriraient pas de moins surprenants sous le rapport de l'abus de confiance. J'ai beaucoup d'observations qui prouvent qu'une maladie syphilitique peut se communiquer par le seul contact sur certaines parties. Ce virus peut rompre la cornée, donner lieu à une procidence de l'iris (obs. 104), sans que l'œil soit entièrement perdu, et souvent il affecte les parties extérieures du globe, sans l'attaquer d'une manière aussi essentielle (obs. 105). En jouant quelquefois un rôle équivoque, il rend le diagnostic très-difficile (obs. 106). Les accidents devenus chroniques ne peuvent, même après une longue suite d'années (obs. 107), être combattus utilement qu'en employant les moyens capables de le détruire (obs. 108). Je viens de traiter tout récemment un jeune domestique bien constitué, âgé de vingt-deux ans, à qui la nature de

ses occupations ne permit d'employer, pour combattre une grave ophtalmie gonorrhoïque, que des applications de sangsues, précédées d'une seule saignée du pied. Forcé de me borner à l'usage de ces moyens, je lui faisais appliquer des sangsues derrière l'oreille du côté de l'œil affecté chaque fois que le mal de tête et les douleurs de l'œil augmentaient. Il a eu deux rechûtes modérées, et a guéri en vingt-cinq jours. Les sangsues ont été appliquées cinq fois. L'écoulement provoqué par l'introduction d'une bougie a reparu, et a duré un mois après le rétablissement de l'œil.

De l'Ophtalmie par principe goutteux ou arthritique.

L'ophtalmie due à un principe arthritique produit quelquefois des désordres que l'on peut comparer à ceux produits par un principe syphilitique.

Le célèbre professeur de Montpellier, M. de Sauvages, a été tourmenté pendant toute sa vie par une ophtalmie chronique dont la cause habituelle était une diathèse arthritique (*voyez* son Mémoire, que j'ai tout entier de sa main, observation 109).

Souvent de petits ulcères superficiels succèdent, au bout de quelques jours, à de très-petits abcès de la cornée, et se dissipent aisément peu-après la phlegmasie qui leur a donné naissance (obs.

110). Dans quelques cas, un ulcère grave et très-étendu ronge la cornée, et menace de l'ouvrir (obs. 111).

Lorsque l'œil a été le siége d'une forte inflammation, effet du vice arthritique, il arrive à quelques personnes que des récidives, de plus en plus graves, viennent menacer chaque année l'existence de cet organe (obs. 112). Je vois quelquefois des goutteux se plaindre de douleurs au globe, sans qu'on aperçoive au-dehors aucuns symptômes.

Mon père eut, le 26 mai 1773, une consultation avec MM. Maloët et Letenneur, pour une jeune personne qui éprouvait des douleurs très-fortes à l'œil gauche, sans accidents extérieurs au globe, ni diminution de la vue. On crut reconnaître une diathèse goutteuse héréditaire.

De l'Ophtalmie par rétrocession d'éruptions.

Les vices du système lymphatique, comme le vice dartreux, etc., peuvent porter leur action sur les yeux et donner lieu à l'ophtalmie.

M. Alibert, dans son Traité des Maladies de la Peau, en désignant particulièrement la dartre squammeuse, a fait observer que le vice dartreux altère diversement les yeux. Ces éruptions funestes, dit cet auteur aujourd'hui au-dessus de tout éloge, sillonnent quelquefois les membranes qui tapissent l'intérieur des fosses nasales de la bouche, du larynx. Nous avons traité ensemble plusieurs ophtalmies dues à cette cause.

M. Alibert a cité l'observation d'une fille de quinze ans, chez laquelle une cécité complète fut occasionnée par la répercussion d'une dartre pustuleuse (1).

Le célèbre Sabatier m'a souvent parlé d'une ophtalmie de nature érysipélateuse dont mon père le délivra subitement par une saignée du bras. J'en trouve le détail dans le Journal de mon père, sous la date du mois de février 1772.

La teigne (obs. 113) passe quelquefois du tissu cutané qui recouvre le crâne au tissu muqueux de la conjonctive. Les éruptions, connues sous le nom de croûtes laiteuses, et les autres dépurations qui ont lieu dans la première et la seconde époque de l'enfance, sont des causes très-fréquentes d'ophtalmies, ainsi que toutes les répercussions qui peuvent avoir lieu du tissu cutané vers l'intérieur, comme celles des furoncles, (obs. 114), etc.

Des vêtements trop serrés (observat. 115), des langes dans lesquels certaines nourrices enveloppent si étroitement les enfants, qu'ils peuvent à peine respirer, sont des causes qui souvent disposent à l'ophtalmie, ou au moins favorisent les retours de cette maladie, lorsqu'elle a existé.

De l'Ophtalmie suite de fièvres.

Si l'ophtalmie vient à la suite d'une fièvre, elle

---

(1) Diction. des Sciences médicales, tome VIII, page 32.

montre une opiniâtreté et un degré d'intensité proportionnés à la gravité de la fièvre, dont elle opère ordinairement la solution (obs. 116, 117, 118, 119); avantage que l'on achète souvent par la perte de l'œil attaqué.

De l'Ophtalmie compliquée.

L'ophtalmie qui se complique avec des effets graves, déja produits sur différentes parties externes ou internes de l'œil qu'elle affecte, prend un caractère d'autant plus sérieux, qu'il y a eu un plus grand nombre de tissus ou d'humeurs transparentes intéressés; on doit même redouter des désordres, et le passage de l'ophtalmie de l'état aigu à l'état chronique, lorsque des accidents ont eu lieu à un œil, et que l'ophtalmie existe à l'œil sain; il faut alors redoubler de soins pour empêcher la maladie d'augmenter ou de passer à l'œil antérieurement lésé par des phlegmasies analogues. J'ai souvent occasion de remarquer que c'est sur-tout sous le rapport de la complication qu'elle peut former par la suite, que l'obstruction de la route des larmes présente un véritable inconvénient.

L'ophtalmie *symptomatique* est due à une correspondance sympathique dans le système nerveux. Ainsi, j'en trouve tous les jours la cause dans une phlegmasie d'une partie peu éloignée (obs. 120), quelquefois, mais rarement, dans l'irritation excitée par la dentition chez les enfants.

M. Ware, de Londres, dans son Traité de l'Ophtalmie, recommande alors de faire une incision de toute la longueur de la gencive, opération que l'on pratique en Angleterre sans aucune hésitation.

Souvent l'affection d'une dent donne lieu à cette maladie; d'autres fois la cause est plus éloignée, et tous les jours, je trouve des ophtalmies hystériques. J'ai remarqué que les demi-bains tièdes sont plus utiles pour combattre ces phlegmasies sympathiques que les vésicatoires.

Des causes externes de l'Ophtalmie.

Ces causes sont les impressions que produisent sur le système dermoïde les changements de température, et l'action sur l'œil des substances âcres, la trichaise ou déviation des cils, les corps étrangers, l'action du feu, les contusions, et les blessures.

De l'Ophtalmie par l'impression de l'air.

« S'il a régné pendant l'hiver un vent du midi, que cette saison ait été pluvieuse et douce, que le printemps ait été accompagné d'un vent du nord et de sécheresse,... il règne des ophtalmies sèches (1).

« Si le vent du nord s'est fait sentir pendant l'automne, que cette saison ait été sèche,... on voit beaucoup d'ophtalmies sèches (2).

---

(1) Ὀφθαλμίαι ξηραί. Hip. aphor. III, XII.

(2) Aphor. III, XIV.

« Les années pluvieuses donnent naissance à des ophtalmies (1).

« Si le vent du nord a continuellement régné pendant l'hiver, si le printemps suivant est pluvieux et accompagné d'un vent du midi, il règne pendant l'été des ophtalmies (2).

Extrait de mon Journal du 17 *janvier* 1806.

Il règne des ophtalmies. Les unes commencent par un nuage subit; quelquefois il se forme un léger dépôt sous une des lames les plus superficielles de la cornée; d'autres fois, il se fait une infiltration dans l'iris, qui gêne les mouvements de la pupille, sans qu'on aperçoive beaucoup de rougeur à la conjonctive. D'autres éprouvent une vive inflammation avec cuissons prodigieuses à un œil; elle passe à l'autre, et dure long-temps aux deux yeux. Le 16 janvier, un nuage à la cornée de Madame de L***, très-jeune femme, fut dissipé en dix-huit heures par l'application d'un petit vésicatoire derrière l'oreille du même côté.

La conjonctive n'était pas la seule membrane sur laquelle portât l'influence de l'épidémie catarrhale qui régnait alors. La muqueuse des gros intestins était affectée chez plusieurs des personnes qui me consultèrent; quelques-unes éprouvaient des accidents dyssentériques, qui opéraient promptement la solution de l'ophtal-

(1) Aphor. III, XVI.

(2) Aristot. problemat. sect. I.

mie; mais c'était sur-tout la membrane muqueuse des voies de la respiration, qui était le siége de cette épidémie. Madame V***, attaquée d'une légère ophtalmie, avait la poitrine déchirée quand elle toussait.

Moi-même j'ai éprouvé ce dernier symptôme; il m'a retenu au lit pendant huit jours, et je suis parti encore malade pour La Haye, où j'étais appelé.

Pour bien juger une ophtalmie de nature épidémique, et les effets qu'elle pourra produire sur l'individu que l'on a à traiter, il est très-essentiel de se rappeler, que non-seulement la même constitution de l'air peut causer, d'après la prédisposition particulière des personnes qui en éprouvent l'influence, des maladies différentes, mais que la même maladie, entièrement semblable en apparence, peut avoir un événement heureux chez l'un et funeste chez l'autre.

« La première constitution de Thase fit naître des tumeurs aux parotides, des toux rebelles, des fièvres ardentes, des fièvres continues bénignes, et plusieurs autres maladies dont l'issue était favorable chez les sujets bien disposés; mais elle donna naissance à des phtisies dangereuses, compliquées d'une fièvre demi-tierce chez les personnes disposées à cette maladie (1). »

---

(1) Hip. epid. lib. I, sect. I. Wallesius, comment. de morb. popul. 8 et 10.

Sans sortir de mon sujet, je vois, sous l'influence de ces constitutions, des ophtalmies passer de l'état aigu à l'état chronique; d'autres donner naissance à des accidents qui laissent des traces plus ou moins longues, selon que la maladie a passé du tissu muqueux de la conjonctive, son siége ordinaire, à d'autres tissus de l'organe de la vision plus ou moins importants. Ces différences sont encore plus remarquables par rapport à l'état antérieur de ces mêmes tissus, lorsqu'ils ont été le siége de phlegmasies dissipées sans vestiges, et, à plus forte raison, lorsqu'elles ont laissé des traces de leur existence. Je remarque sur-tout que les ophtalmies qui existent au moment où la constitution épidémique se déclare en sont évidemment influencées (obs. 121). On n'a point encore examiné, à ma connaissance, les effets différents que peut produire une ophtalmie épidémique sous les divers rapports que je viens d'indiquer.

A la suite des ophtalmies qui règnent épidémiquement, je suis souvent consulté pour des résultats graves, tant externes qu'internes (1); cela tient, non-seulement à ce que quelques-unes produisent des lésions sérieuses, quoique n'ayant en apparence aucun caractère fâcheux; mais encore à la sécurité dans laquelle on est demeuré en songeant que d'autres ont souffert autant et ont été promptement soulagés, sans avoir pris la

(1) Voyez observ. 157 et 158.

moindre précaution. Il est prudent de ne pas traiter trop légèrement ces affections, et d'examiner s'il ne se forme pas des complications, malgré leur peu de probabilité. J'ai vu souvent les constitutions épidémiques de ce genre donner naissance à des phlegmasies des membranes transparentes de l'intérieur du globe (obs. 122), à des engorgements dans l'iris (obs. 123 et 124), à des amauroses plus ou moins graves (obs. 125), à l'ægilops, ou fistule lacrymale (obs. 126), à des paralysies des muscles de l'œil (obs. 127), à l'inflammation de la cornée, à des abcès qui ont percé cette membrane et donné lieu à une procidence de l'iris (obs. 127).

On a vu des ophtalmies épidémiques accompagnées des symptômes les plus graves (1). Cependant en général elles sont bénignes et se bornent à un gonflement inflammatoire de la conjonctive, qui passe d'un œil à l'autre, et dure en tout huit à quinze jours.

Cette phlegmasie règne généralement, d'une manière plus ou moins apparente, à la fin de l'hiver : je la désigne alors par le nom d'ophtalmie du printemps. Elle dure rarement au-delà

(1) Voy. la relation d'une ophtalmie inflammatoire, épidémique, et contagieuse, qui a régné à Vicence pendant le cours de 1808, par M. Laverine, Journal général de Médecine, de chirurgie et de pharmacie, octobre 1811, t. XLII, n° CLXXXII.

de huit ou neuf jours (obs. 128). Je l'ai vue souvent revenir chaque année à la même époque chez le même sujet (obs. 129), et quelquefois au même œil.

Elle a beaucoup de rapport avec celle qui est produite, en toute saison, par l'impression d'un air froid (obs. 130 et 131), et celle désignée sous le nom de catarrhale (obs. 132). Dans la première période de ces sortes d'ophtalmies, les astringents produisent quelquefois une prodigieuse irritation (obs. 133). M. le comte de***, qui fait le sujet de cette dernière observation, et dont j'ai suivi la maladie jour par jour du 15 juillet au 15 août 1816, a rédigé et écrit lui-même le Mémoire, qui est de la plus grande exactitude. L'état qu'il décrit a éprouvé fort peu d'amélioration pendant trois semaines, et a subitement cédé à l'emploi du fromage mou appliqué en cataplasme sur les yeux pendant la nuit. Ce moyen, qui convient aux fluxions de cette espèce accompagnées d'irritation aux paupières, ne doit pas être employé quand le siége principal de la phlegmasie est le globe de l'œil.

De l'Ophtalmie, effet des substances âcres.

L'action des vapeurs et des substances âcres est une cause fréquente d'ophtalmies. Une espèce particulière aux vidangeurs, et qu'ils appellent *la mite*, est due, suivant M. le docteur Dupuytren, à l'hydro-sulphure d'ammoniaque, qui se

dégage des fosses d'aisance (1). Les substances âcres cautérisent souvent les parties sur lesquelles porte leur action (obs. 134).

Si la cautérisation est très-bornée dans son étendue et sa profondeur, c'est une chose surprenante que la facilité et la promptitude avec lesquelles les parties lésées se rétablissent (obs. 135). Rien de plus malheureux que la prédisposition immédiate dans laquelle était une jeune personne (observat. 136) qui éprouvait un peu de fluxion et de gonflement à la partie supérieure de la joue, lorsque quelques gouttes d'une liqueur caustique lui jaillirent dans l'œil.

J'ai toujours remarqué qu'une saignée de la jugulaire, répétée s'il est nécessaire, était préférable à tout autre moyen, et suffisait quelquefois dans les plus graves accidents de ce genre (obs. 137).

De l'Ophtalmie, effet de corps étrangers.

Les corps étrangers sont au nombre des causes les plus ordinaires d'ophtalmies. Il n'y a peut-être pas une personne parvenue à un certain âge, à laquelle il ne soit arrivé, dans le cours de sa vie, d'avoir eu, dans un de ses yeux, quelque particule étrangère plus ou moins irritante, et de l'y avoir conservée plus ou moins long-temps.

---

(1) Dict. des Sciences médicales, tome XVII, page 521, art. de M. Nysten.

La figure 3, planche 21, représente la moitié d'une coque de millet dessinée sur l'œil de Madame***, qui me fut adressée par mon collégue M. Jacquemin. Il y avait sept mois que ce corps étranger était fixé sur la conjonctive : sa présence était accompagnée de beaucoup d'inflammation. Le gros bout d'un cure-dent déplaça facilement cette cause d'irritation, et en peu de jours tous les accidents disparurent. Quelquefois la portion de coque de millet est appliquée sur la cornée, et c'est là qu'elle ressemble encore mieux à un petit abcès qu'on est fort étonné de ne pas voir s'ouvrir après un certain temps. Il ne s'écoule jamais une année sans que je sois consulté plusieurs fois par des personnes qui prétendent avoir un abcès depuis quinze jours, un mois, et même plus, et qui déja portent des vésicatoires. En reconnaissant la nature du corps étranger, il est facile de deviner qu'elles ont nettoyé elles-mêmes la cage d'un oiseau, en soufflant dedans. Tous remèdes sont superflus dès l'instant qu'on est parvenu à enlever l'obstacle, et rien n'est si facile; tout instrument est bon pour cela : le gros bout d'un cure-dent de plume est celui dont je me sers. On voit, dans la figure 3 de la planche 21, une petite parcelle de fer sur la cornée, et une semblable à la face interne de la paupière supérieure. Cet accident est très-commun, surtout chez les ouvriers qui travaillent le fer. Il arrive souvent à ceux qui taillent la pierre, et

particulièrement les meules à moulins; mais je vois souvent des personnes auxquelles le vent a envoyé dans un œil une de ces petites parcelles mêlée avec de la poussière. Ce sont des débris de fer usé par le frottement sur le pavé. Quelques-unes sont très-faciles à retirer, et à peine le gros bout d'un cure-dent les a-t-il touchées, qu'on les aperçoit sur cet instrument, ou bien vers le grand angle, où elles sont entraînées par quelques larmes qu'excite l'irritation, toujours plus ou moins considérable. Quelquefois le simple cure-dent de plume, qui me réussit neuf fois sur dix, devient insuffisant, et il faut la pointe d'une lancette, avec laquelle on doit les attaquer très-légèrement, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Au reste la patience y fait beaucoup; car souvent, après plusieurs minutes d'essais inutiles et les intervalles nécessités par l'irritation, souvent excessive, que ces tentatives produisent, la petite parcelle de fer se trouve déplacée par un mouvement de l'instrument qui l'a touchée dans un sens plus favorable à son extraction.

Je fus appelé, le 11 mars 1817, par M. G***, restaurateur, pour une ophtalmie qui s'était déclarée la veille. Les douleurs étaient fortes; il n'avait presque pas dormi de la nuit. L'irritation était si vive, que je pus à peine examiner l'œil. J'engageai le malade à envoyer chercher M. le docteur Linières, son médecin, et lui prescrivis quelques moyens simples, en lui conseillant de

se faire saigner du pied le lendemain, si ces moyens ne lui avaient pas procuré une bonne nuit. Il allait être saigné, lorsque M. Linières, examinant avec une grande attention l'œil qui était un peu moins irrité, aperçut sur la cornée une de ces petites parcelles. Elle était presque imperceptible, il la déplaça avec un anneau; je vis M. G*** le sur-lendemain; il n'avait presque plus de rougeur à l'œil.

Un rémouleur de Neuilly, près Paris, m'a dit en avoir eu une centaine en sa vie, qui toutes avaient été ôtées avec plus ou moins de facilité par des camarades habitués à se rendre mutuellement ce service. Cependant il en avait une qui depuis un mois s'était montrée rebelle à toutes les tentatives, et ces tentatives étaient renouvelées à-peu-près tous les jours et plusieurs fois dans la journée, lorsque la prodigieuse irritation dans laquelle était son œil permettait d'y porter un instrument. Je la touchai à peine, le 15 septembre 1816, avec le gros bout d'un cure-dent, qu'à mon grand étonnement elle se détacha : je m'attendais à éprouver beaucoup de difficulté, et même à employer la lancette.

J'ai ôté quelques-unes de ces petites parcelles de fer à l'aide d'un barreau d'acier fortement aimanté et taillé en pointe obtuse, moyen que Fabrice de Hilden employa le premier, mais qui est ordinairement insuffisant ; j'ai remarqué que toutes celles qui tiennent assez peu pour être

attirées par l'aimant sont si facilement écartées avec le gros bout d'un cure-dent, que l'on peut se contenter, pour tous les cas, de cet instrument plus simple, et, en cas d'insuffisance, d'une lancette ou d'un bistouri à cataracte.

Quand on ne voit rien sur la cornée, il faut retourner la paupière supérieure, en prenant légèrement les cils avec le doigt index et le pouce, et examiner sa face interne vers le bord. Ces particules sont ordinairement à la distance d'une ligne ou deux de cette marge. Si on n'aperçoit rien encore, il faut promener, entre la paupière et le globe, un stylet d'argent de la grosseur d'un crin de sanglier ployé en forme d'anneau allongé (pl. 15, fig. 5). Ce procédé est bon, soit qu'il s'agisse d'une parcelle de fer, soit qu'un autre petit corps, non visible, se soit introduit dans l'œil; c'est en général par en-haut qu'on doit le porter, et il faut que l'œil soit dirigé vers la terre pendant ces essais.

Madame la maréchale *** éprouvait des douleurs aiguës par l'effet d'une petite parcelle d'ongle qui était entrée sous la paupière supérieure: on avait essayé, à l'aide d'un anneau, de faire sortir ce corps étranger. Le même anneau me servit à l'enlever sur-le-champ.

Un de mes confrères à la Société académique de Médecine de Paris taillait, en juillet 1817, avec un marteau, un morceau d'antimoine natif; une parcelle sauta sur la cornée de son œil

gauche, et excita la plus vive ophtalmie. Ayant aperçu ce corps étranger le lendemain matin, il vint me prier de le lui ôter, en me le désignant comme situé au même point que celui que l'on voit pl. 21, fig. 3. Malgré l'irritation extrême dans laquelle était cet œil, je retirai dès le premier essai, avec le gros bout d'un cure-dent, ce corps étranger, fragment d'antimoine selon mon collégue, et particule de fer selon moi. L'ophtalmie ayant plutôt augmenté que diminué dans la nuit suivante, ce médecin très-employé, craignant d'être retenu chez lui dans un moment où ses soins étaient desirés par un grand nombre de malades, se fit tirer du pied six palettes de sang, ce qui mit fin subitement à l'inflammation. Au mois de novembre suivant, l'œil était encore sensible au toucher.

Très-souvent ces petits corps étrangers sortent spontanément, soit dans la même journée, soit dans le cours des jours suivants, et lorsque l'indocilité d'un enfant, ou même les refus d'un adulte, ne permettent point de continuer les essais, que l'on est obligé de réitérer pour les extraire, essais quelquefois très-longs et très-fatigants, il faut faire baigner l'œil huit ou dix fois par jour dans de l'eau tiède, et, dans les intervalles, le faire couvrir d'une compresse sèche : si l'irritation est très-forte, on peut mouiller la compresse avec une décoction de racine de guimauve.

Il est plus commun qu'on ne le croit, que des ophtalmies très-opiniâtres et devenues chroniques, doivent leur existence à un petit corps étranger (obs. 139, 140, 141), souvent même à l'insu du malade. Lorsque je soupçonne cette cause, je suis dans l'usage de prescrire peu de remèdes importants, qui sont tous sans effet dans ces cas particuliers, et je conseille de gagner du temps; il suffit communément pour amener la cessation des accidents : tenir l'œil bandé est généralement un moyen de les diminuer.

L'ophtalmie causée par la trichaise ou déviation, par quelque cause que ce soit, d'un ou de plusieurs cils du bord de l'une des paupières, a cela de particulier que, dès que cette cause est écartée, la rougeur, quoique souvent très-forte, se dissipe en peu de jours et sans employer aucun remède (obs. 138).

De l'Ophtalmie, effet du feu.

L'action du feu cause une phlyctène (obs. 142; pl. 25, fig. 1) qui s'ouvre assez promptement et laisse un ulcère ordinairement peu dangereux, lorsque l'accident est léger et qu'il n'y a point de principe spécifique dont l'action puisse être dirigée sur l'œil par cette cause d'irritation.

Quand il y a cautérisation, la vue court le plus grand danger (obs. 143). Si les paupières sont détruites, le malade perd ordinairement les yeux très-promptement, et c'est peut-être un événe-

ment unique que, dans un cas semblable, la vue ait subsisté en assez bon état pendant plus d'un an (obs. 144).

De l'Ophtalmie, effet de contusions ou de blessures.

Les contusions, légères en apparence, sont quelquefois des causes d'irritation suffisantes pour donner lieu à des douleurs opiniâtres (obs. 145). Les accidents sont plus graves s'il y a une prédisposition (obs. 146), comme je l'ai dit plus haut. Très-souvent la désorganisation d'un œil, suite de contusion, est une cause continuelle qui menace l'autre œil d'engorgements plus ou moins funestes (obs. 147).

J'ai vu à Madame A***, le 14 avril 1797, tous les accidents du plus violent chémosis, avec dépôt entre les lames de la cornée, par l'effet d'un coup d'ongle, qu'elle avait reçu de son fils âgé de cinq mois, et qu'elle nourrissait.

Les blessures de l'œil ne sont pas toujours suivies immédiatement d'ophtalmie (obs. 148); il faut donc, si la lésion a été d'une certaine importance, ne pas s'endormir dans la sécurité, mais au contraire examiner avec la plus grande attention, dans le cours des jours suivants, s'il ne se forme pas quelques désordres.

Les excoriations de la cornée sont quelquefois longues à guérir, sur-tout chez les enfants (obs. 149).

De l'Ophtalmie interne.

Dans la marche sévère d'une nosographie, il serait d'autant plus déplacé de distinguer d'une manière tranchante l'ophtalmie interne de l'externe, que très-souvent celle-là est une suite de celle-ci, et que l'on peut dire en général que l'inflammation des diverses parties de l'œil est une seule maladie dont le siége seulement est différent.

Mais, au risque de paraître me répéter, je dirai que, dans cet ouvrage entièrement consacré à la pratique, j'ai cru pouvoir proposer cette distinction si importante, sur-tout sous le rapport de la variété et de la gravité des effets que produit la maladie lorsqu'elle prend ce caractère qui est la cause du plus grand nombre des affections graves de la vision, affections qu'on n'a pu envisager que d'une manière générale, et sur lesquelles on n'a eu que des notions vagues avant les importantes expériences de Bichat, et avant que ce grand homme eût arraché à la nature le secret de la distribution de nos tissus en différents systêmes.

On connaît en effet l'ophtalmie en général; mais comment aurait-on pu éclairer la nature des désordres occasionnés dans l'intérieur du globe par l'injection des vaisseaux les plus déliés, quand on ne connaissait point les rapports qui existent entre les différents tissus de cet organe; quand

on n'avait que des connaissances imparfaites sur leur structure exacte, et que l'on manquait d'observations authentiques relatives à cet intéressant sujet? Aussi de sages auteurs, en disant de fort bonnes choses sur l'ophtalmie, se sont abstenus de suivre les effets de la phlegmasie lorsqu'elle s'étend jusqu'aux parties intérieures les plus déliées du globe, et ont prudemment gardé le silence à ce sujet. Si nous avons, en effet, de bonnes observations relatives à l'ophtalmie dont le siége principal est la conjonctive, et si on a pu établir à cet égard une doctrine assez exacte, nous manquons d'observations sur les désordres occasionnés par l'ophtalmie interne; celles qu'on eût recueillies, et ce qui aurait pu être dit sur leur nature, n'auraient fait qu'augmenter l'incertitude, tant qu'on n'aurait point tenu le fil nécessaire pour se diriger dans ce labyrinthe.

D'après ces considérations, je demande au lecteur qu'avant de continuer, il veuille bien se rappeler la structure déliée des membranes et des humeurs transparentes de l'œil, examiner les planches 9, 10, 11 et 12, lire leurs explications, et consulter les observations 150, 151, 152, 155, 157, 158, 159, 161, 162, 165, 168, 173, 174, observations relatives aux effets de l'injection pathologique de ces parties si délicates, et que j'ai cru pouvoir rapporter, en les choisissant au milieu d'une immense quantité d'analogues.

L'ophtalmie qui se borne au tissu muqueux de la conjonctive peut être portée à un degré assez

élevé, sans donner naissance à des accidents très-sérieux. Il arrivera bien que la partie de cette membrane qui est entièrement transparente et passe sur la cornée, deviendra le siége de phlyctènes légères, et ensuite d'ulcères peu profonds; un nuage assez étendu et d'une certaine épaisseur pourra même se former par un épanchement lymphatique entre cette partie de la conjonctive et la première lame de la cornée; la vue sera obscurcie passagèrement; je vois même des cas où elle est entièrement éclipsée; mais l'inquiétude des malades n'est pas de longue durée, lorsque la maladie se borne au tissu de la conjonctive. Les moyens les plus simples suffisent pour la combattre, et, si on pouvait être assuré que le mal ne passera pas d'un tissu à un autre, j'approuverais qu'on ne fît pas plus d'attention à cette maladie, malgré la perte passagère de la vision, que l'on n'en fait communément à un enrouement occasionné par une affection catarrhale de la membrane muqueuse des voies de la respiration.

Dans un cas aussi simple, on obtient en général une heureuse terminaison, sur-tout lorsqu'il n'a été employé localement aucun moyen nuisible; mais il n'arrive que trop souvent que la maladie passe d'un tissu à un autre. Si la cornée s'affecte, et qu'un dépôt se fasse entre ses lames, cet amas de matière tend à se faire jour, soit au-dehors, et il est alors suivi d'un ulcère plus ou

moins profond, soit au-dedans où il s'épanche au bas de la chambre antérieure; il y augmente promptement, si le tissu séreux de la capsule de l'humeur aqueuse devient aussi le siége de la phlegmasie.

Si la phlogose injecte le tissu vasculaire de l'iris et des membranes séreuses et transparentes du globe (obs. 150), le malade voit des mouches fixes par rapport à l'axe de la vision, et est menacé de la perte de la vue. Quelquefois ces effets sont pris pour une amaurose ou goutte sereine imparfaite (obs. 151). Souvent le bord libre de l'iris contracte de petites adhérences avec la capsule du cristallin, comme on voit pl. 37, fig. 1 (obs. 152). Il faut une grande attention pour les découvrir, lorsqu'on n'est point prévenu de leur existence. Mais pour peu qu'on soit sur la voie, on les aperçoit assez aisément. Quand la maladie augmente, la pupille prend souvent une forme ovale (observation 153).

Si l'injection du réseau vasculaire de l'iris est portée à un certain degré, la pupille se rétrécit d'une manière irrégulière, et les objets paraissent autres qu'ils ne sont en effet (obs. 154).

Lorsque les adhérences, contractées entre la face postérieure de l'iris auprès de son bord libre et la capsule du cristallin, sont légères, je suis toujours étonné de la facilité avec laquelle l'instillation de huit en huit jours, de deux ou trois gouttes de solution aqueuse d'extrait de bella-

donc guérit cette maladie (observation 155).

Très-souvent ces phlegmasies sourdes et internes reconnaissent pour cause la diminution ou la suppression d'une évacuation sanguine, par exemple, de celle des règles (observ. 156), d'un flux hémorrhoïdal, d'une hémorrhagie nasale, etc.

Quelquefois, du tissu de la conjonctive une ophtalmie, même légère en apparence, porte son action sur une membrane de l'intérieur du globe (observ. 157). J'ai dit plus haut que, dans cette espèce d'extension de la phlegmasie, le malade voyait souvent des mouches fixes par rapport à l'axe de la vision. Il faut bien prendre garde de les confondre avec d'autres fort communes, et que certaines personnes aperçoivent constamment (tome III, page 409). Lorsqu'on ne voit rien à l'examen de la pupille, les engorgements, causes de ces taches, doivent avoir lieu dans la membrane qui forme les cellules du corps vitré, ou dans quelques petits vaisseaux de la rétine ou de la choroïde (obs. 158 et 159). Cette espèce particulière d'ophtalmie me donne toujours beaucoup d'inquiétude, lorsque l'autre œil a déja succombé à une phlegmasie de la même nature (obs. 160).

L'abcès dans l'iris est un accident heureusement peu commun et qui est fort grave. Il est rare, même dans une pratique très-étendue, d'en rencontrer deux dans l'iris du même œil (obs. 161). C'est une chose digne de remarque que, dans

certaines ophtalmies internes avec nuage au milieu de la pupille, ce nuage varie beaucoup d'intensité d'un jour à l'autre, et que la vue gagne ou perd dans la même proportion (obs. 162).

J'ai toujours trouvé beaucoup de difficulté à améliorer la position des malades qui avaient un désordre grave dans la cornée et un autre dans l'iris, d'où résultait le rétrécissement ou au moins le défaut de rondeur et de mobilité de la pupille, avec adhérence de la face postérieure de cette membrane à la capsule du cristallin. Cette difficulté m'a paru plus grande quand ces accidents étaient les suites de phlegmasies internes et de phlegmasies externes qui avaient eu lieu simultanément, et non l'une après l'autre (obs. 163).

Lorsqu'une phlegmasie de l'intérieur du globe a été portée assez loin pour avoir pu rétrécir la pupille et troubler plus ou moins la capsule du cristallin, on ne doit point se relâcher, pendant très-long-temps, des précautions nécessaires pour combattre la disposition aux rechûtes que conservent ces parties délicates, et souvent, malgré la conduite la plus sage, l'espoir de conserver au moins un des deux yeux se trouve trompé (observation 164).

Dans certains cas, la maladie reste stationnaire pendant vingt ans et plus. Je l'ai vue céder à un traitement convenable après avoir duré quarante ans (obs. 165).

Je remarque quelquefois que le rétrécissement

de la pupille par l'effet d'ophtalmie interne fait voir les objets plus petits (obs. 166).

La pupille peut être allongée, soit par la destruction partielle de l'iris, soit par une adhérence de cette membrane à une cicatrice de la cornée (obs. 167). Dans l'un et l'autre cas, il est avantageux pour le malade qu'il se trouve une tache sur la cornée ou dans l'intérieur du globe à la partie antérieure du corps vitré, pourvu que cette tache soit placée de manière à corriger en quelque façon l'allongement de la pupille, et à rendre en partie à cette ouverture la forme ronde qui lui est naturelle.

J'ai quelques observations dont il résulte qu'un ou plusieurs vaisseaux sanguins plus ou moins visibles ont paru distinctement, soit sur la capsule du cristallin (obs. 168), soit sur l'iris (obs. 256).

L'ophtalmie aiguë interne est accompagnée ordinairement dans son cours de la plus extrême difficulté à supporter la lumière (obs. 169), et souvent de fièvre et d'insomnie. Je la vois quelquefois se compliquer avec des accidents inflammatoires de l'intérieur du crâne (obs. 170).

Quelquefois on aperçoit, après que la maladie a passé à l'état chronique, une espèce de protubérance de l'iris qui s'approche de la face concave de la cornée d'une manière plus ou moins marquée (obs. 171).

Il n'y a peut-être point de maladie où la sai-

gnée produise un effet plus évidemment avantageux que dans l'ophtalmie interne, sur-tout pendant son état aigu ou au moins peu après la terminaison de cet état (obs. 172).

Lorsqu'un petit abcès, situé au bord libre de l'iris (obs. 173), ou sur quelque autre point de cette membrane, se termine heureusement, il reste après la guérison un point blanchâtre à l'endroit où s'était fait le dépôt.

Il y avait plus de deux ans que je n'avais eu à traiter un abcès de l'iris aussi étendu que celui pour lequel j'ai donné des soins à M. B***, au mois d'octobre 1817, avec M. Mérat, alors président de la Société de médecine de Paris; nous en avons obtenu la guérison, sur-tout par des saignées du pied et des applications de sangsues: il était situé près de la marge pupillaire qui en est restée un peu irrégulière; et cependant la vue de cet œil est, à très-peu de chose près, aussi bonne qu'avant l'ophtalmie interne qui lui a donné naissance.

Quant au pronostic, on peut en général dire, relativement aux phlegmasies du globe de l'œil, que les terminaisons n'en sont jamais funestes, tant que l'inflammation se borne au tissu muqueux de la conjonctive, même lorsqu'il y a obscurcissement partiel ou total de la portion qui recouvre la cornée, et que le danger augmente en proportion que cette phlegmasie envahit, 1° le tissu fibro-cartilagineux de la cornée; 2° le tissu

fibreux de la sclérotique; 3° les systêmes capillaires de l'intérieur du globe, et par suite les membranes séreuses et transparentes, comme la capsule de l'humeur aqueuse, la capsule du cristallin, la capsule du corps vitré ou membrane hyaloïde, les lacis vasculaires de la choroïde et de l'iris, et enfin le tissu même de la rétine. Il serait superflu d'entrer dans de longs détails, pour faire remarquer que le pronostic sera d'autant plus fâcheux, que la phlegmasie se sera étendue à un plus grand nombre de ces tissus, que la diathèse, sous l'empire de laquelle la maladie se sera formée, sera d'une plus mauvaise nature, que les causes prédisposantes auront été plus nombreuses, et que l'on aura commis plus de fautes dans le régime et la thérapeutique.

CHAPITRE II.

Du traitement de l'Ophtalmie.

Pour éviter les répétitions, je prie le lecteur de vouloir bien suivre ce que je vais dire du traitement de cette maladie, en comparant chaque article avec l'article correspondant du chapitre précédent. J'ai pensé que cet avis pourrait m'éviter de nouveaux renvois aux observations et aux planches. Une note indiquera la page où est l'article analogue. Ce que j'ai à dire se rapporte également aux phlegmasies des glandes des paupières.

L'ophtalmie angulaire (1) a de l'analogie avec la phlogose que l'on remarque au tissu cutané autour d'une papule; le petit dépôt qui excite cette légère phlegmasie, en se formant dans le tissu cellulaire au-dessous de la conjonctive, et quelquefois dans le tissu même de cette membrane, est ordinairement si peu considérable, que le plus souvent il ne demande aucune attention, à moins que l'intensité de la maladie ne dépasse les bornes ordinaires; et alors quelques applications de sangsues suffisent. Je dirai ici une fois pour toutes, qu'en parlant d'applications de sangsues près de l'œil, j'entends qu'on doit les mettre, moitié à la paupière inférieure le long des cils, et celles-là doivent être les plus petites, et moitié à la tempe, près de l'œil; mais jamais à la paupière supérieure, ni à la tempe, plus haut que la commissure externe des paupières. On peut les mettre aussi derrière l'oreille. Le choix du lieu doit, au reste, être laissé à la personne chargée du traitement. Je me trouve souvent très-bien d'en faire placer une à la face interne de la paupière inférieure (pl. 26, fig. 1). Il faut pour cela choisir une des plus petites. Elle ne reste en place que trois ou quatre minutes, et le sang s'arrête peu-après sa chûte. Je n'ai jamais éprouvé d'inconvénient de ce moyen, et j'en tire tous les jours les plus grands avantages. La même sang-

---

(1) Voyez ci-dessus page 187.

sue dont la piqûre exciterait une douleur assez vive, si on la posait sur la face externe de la paupière, n'en excite aucune, si on la met à la face interne. En général, il ne faut appliquer, près de l'œil, que des sangsues d'une grosseur moyenne. Si, dans quelques occasions où le danger est pressant, on en applique de très-grosses, il faut les éloigner du bord des paupières, et les placer à la tempe.

L'addition d'un vésicatoire n'est indiquée que dans le cas où la maladie présenterait de l'opiniâtreté et aurait une ou plusieurs rechûtes.

Le degré de l'ophtalmie peut être léger, et la maladie parcourir, sous une forme aiguë, des périodes qui ont une espèce de régularité. Il ne faut point négliger ce degré de la phlegmasie, si l'impression de la lumière fait éprouver une sensation douloureuse au malade; il faut alors recourir à une saignée du pied. Quand ce symptôme n'existe pas, je suis dans l'usage de n'employer que les moyens les plus simples parmi ceux que je vais indiquer à l'article du traitement de l'ophtalmie aiguë violente. Je la vois tous les jours parcourir ses périodes sans aucun traitement, et ne point laisser de trace de son existence; mais je ne saurais recommander trop de vigilance, au moins pendant les trois ou quatre premiers jours, si la maladie est simple et idiopathique; et, si elle est le produit d'une diathèse particulière, on ne doit point se relâcher de cette surveillance pendant tout le temps de l'augmentation. Quel-

quefois, en effet, les symptômes dont la réunion paraît d'abord constituer une ophtalmie aiguë légère ne sont que les prodromes du plus horrible chémosis : je dois avouer que j'y ai été pris plus d'une fois.

L'ecchymose (1) se dissipe en quatorze jours sans aucun secours. Il n'y a rien à faire, ni à l'intérieur, ni à l'extérieur.

L'œdême (2) ne demande aucun moyen particulier ; on peut cependant faire étuver l'œil avec une infusion de sureau ou de mélilot.

Les infusions que je prescris sont en général employées à la température de l'œil, c'est-à-dire à un degré tel que cet organe n'éprouve, par leur application, aucun sentiment de chaleur ni de froid. Je suis dans l'usage aussi de donner au malade le choix de ces infusions, ou de l'eau commune à la même température, en sorte que, si l'infusion dont il fait usage excite de la cuisson, il peut alors lui substituer de l'eau simple qui réussit presque toujours. Dans quelques cas, on se trouve bien de l'employer un peu froide, c'est-à-dire à la température d'une chambre habitée.

Je trouve quelquefois sous l'épiderme de la conjonctive, une ou deux gouttes de l'eau la plus limpide. Parmi ces tumeurs, les unes sont pleines, comme celle que l'on voit pl. 31, fig. 2 ; les autres

---

(1) Voyez ci-dessus, page 190.

(2) Voyez ci-dessus, page 191.

sont moins tendues, et, dans celles-ci, la sérosité varie par les mouvements des paupières : ces phlyctènes, qui durent dans quelques cas depuis plus d'un an, sont à peine entamées à l'aide d'une paire de ciseaux courbes sur le plat (pl. 15, fig. 16), qu'elles n'existent plus. Elles sont de la même nature que les petites hydatides de la marge des paupières. *Voyez* plus haut, page 119.

De l'Ophtalmie aiguë, ou Chémosis (1).

Tout ce que j'ai à dire relativement à l'ophtalmie violente aiguë, se rapporte aux cas accompagnés quelquefois de chémosis, où l'œil est menacé de dépôt dans l'épaisseur de la cornée et la chambre antérieure, et souvent de désorganisation.

Ophtalmiam solvit venæ sectio (2).

Je prie le lecteur de vouloir bien ne regarder ce que je vais ajouter, que comme un faible commentaire de cette sentence d'Hippocrate. Elle renferme ce qu'il importe le plus de savoir dans le traitement de l'ophtalmie accompagnée de danger pour la vue.

De même qu'il serait dangereux d'attendre une terminaison spontanée des fièvres intermittentes pernicieuses, ce serait compromettre l'existence du sens le plus précieux que de confier aux seuls efforts de la nature une violente ophtalmie ac-

(1) Voyez ci-dessus, page 191.

(2) Hip. Morb. vulg. lib. II, VI, 26.

compagnée d'une grande partie des symptômes décrits à l'article correspondant du chapitre précédent.

J'ai adopté pour principe de faire saigner dans toutes les phlegmasies de l'œil, lorsque la présence d'une lumière modérée excite un sentiment de douleur. La saignée du pied pour commencer est préférable à toutes les autres, même à celle de la jugulaire, qui vient, en rang d'utilité, immédiatement après, et peut même la remplacer. Je fais faire le plus souvent la saignée du pied, ainsi que celle du bras, en deux temps, à une heure ou environ d'intervalle. Autrefois on abusait peut-être de la saignée; aujourd'hui il me semble qu'on la ménage trop. On ne doit point en être économe dans les cas d'ophtalmie grave. Je prodigue les saignées du pied et de la jugulaire, lorsque l'inflammation est portée au point de faire craindre un abcès dans la cornée, surtout lorsqu'il y a des douleurs par élancements dans le globe, dans l'orbite et dans la tête. On ne saurait alors trop insister aussi sur la diète. Comment peut-on redouter pour le malade un peu d'affaiblissement, lorsqu'il s'agit pour lui d'un sens presque aussi précieux que la vie elle-même? Tant que le danger existe, le malade ne doit prendre aucune autre nourriture qu'un bouillon de veau et de poule, de trois en trois heures. On peut donner, dans les intervalles, une tasse d'eau d'orge, et accorder des panades aux enfants et aux malades avancés en âge.

Aucune saignée n'est plus facile à exécuter que celle de la jugulaire, et cependant, tous les jours, on hésite à la pratiquer. Je vois si souvent des yeux sauvés par l'effet de cette facile saignée, que je ne saurais trop recommander aux jeunes chirurgiens qui auront à la pratiquer de ne point redouter son exécution ; l'évanouissement dont elle est fréquemment suivie ne doit exciter aucune inquiétude, et n'est pas de longue durée : ils peuvent être assurés qu'au moment où le malade reprendra connaissance, son œil ou ses yeux seront dérougis de plus de moitié ; cependant la rougeur reparaît six ou sept heures après, mais non pas au même degré. Seulement, il faut avoir soin de mesurer l'évacuation du sang sur les forces du malade, sauf à y revenir le lendemain matin, soit en faisant une nouvelle piqûre, soit en introduisant la tête d'une épingle dans celle qui existe, après avoir remis la ligature qui doit consister dans un cordonnet semblable à celui auquel les femmes pendent certains bijoux à leur cou, ou, tout simplement, en une ficelle. Pour pratiquer cette saignée, on doit placer le cordonnet ou la ficelle au bas du cou, la tordre, en la tirant en devant, et la faire tenir par le malade ou par un assistant. Les jugulaires ne tardent pas à paraître. Après une demi-minute ou environ, il faut appuyer le pouce sur la jugulaire, quinze ou seize lignes au-dessus de la ficelle, en tendant légèrement la peau, et plonger la lan-

cette dans le milieu de la veine de bas en haut, et un tant soit peu obliquement, en faisant monter sa pointe dans la cavité du vaisseau. La lame doit être saisie avec fermeté à l'endroit le plus éloigné de sa pointe, près de son union avec la chappe.

Je choisis cet endroit de mon ouvrage pour faire ma profession de foi relativement aux effets des applications de médicaments sur les yeux, et je dois dire qu'à l'exception d'un petit nombre de cas, je les ai, dans tous les autres, rejetés de ma pratique depuis plus de quinze ans, notamment dans le traitement de l'ophtalmie. Je n'en excepte ni les infusions trop compliquées et trop fortes, ni les remèdes secrets, dont la vogue est due à l'empirisme, et non à une expérience éclairée. Je prie ceux qui voudront continuer à traiter par les méthodes reçues, les ophtalmies aiguës violentes accompagnées de danger pour la vue, de vouloir bien essayer de suivre la marche que je vais indiquer, et d'en comparer les résultats avec ceux qu'ils auront obtenus en agissant différemment.

Il est difficile de tracer une marche qui doit recevoir tant de modifications des circonstances accessoires : cependant voici, en général, celle que je suis, lorsqu'il s'agit d'une violente ophtalmie chez un homme adulte, de force moyenne; cette marche, que l'on pourra modifier selon l'âge et le plus ou moins de force du sujet, selon

le degré d'intensité de la maladie, et selon les inquiétudes plus ou moins grandes que pourront donner son extension à certains tissus, ou des lésions organiques déja survenues, ne différera pas essentiellement, malgré la différence de sexe, malgré celle de l'époque de la maladie à laquelle on aura été appelé, et malgré des complications générales plus ou moins importantes, ou l'existence de diathèses particulières que l'on combattra d'ailleurs. Il est cependant très-important de s'informer exactement de l'époque de l'invasion, et d'évaluer les perturbations que la phlegmasie peut avoir éprouvées dans sa marche par l'emploi de remèdes contraires, source la plus commune de ses complications.

Je débute ordinairement par une saignée du pied, que je fais exécuter en deux temps, à une heure d'intervalle ou environ. Le lendemain, j'en fais faire une seconde, à moins que l'intensité de la phlegmasie n'ait éprouvé une diminution. S'il y a quelque motif pour éviter la saignée du pied, je la fais remplacer par la saignée du bras ou par des applications de sangsues sur le pied. Je fais tirer du sang de la jugulaire le troisième jour, et, dans certains cas, je reviens à cette saignée le quatrième jour ; l'inflammation est bien grave, lorsque, le cinquième, je suis obligé de faire appliquer sept ou huit sangsues à la marge de la paupière inférieure, et dix ou douze à la tempe. Quelquefois j'en fais appliquer autant le sixième

jour derrière l'oreille, du côté de l'œil malade; ou moitié d'un côté et moitié de l'autre, si les deux yeux sont affectés.

Lorsque la jugulaire ne peut point être ouverte, parce qu'elle est trop petite, ou parce que le tissu adipeux la dérobe à la vue, je fais appliquer les sangsues sur son trajet; mais il s'en faut de beaucoup que leur effet soit aussi avantageux. L'ouverture de l'artère temporale, qui n'est guère pratiquée aujourd'hui, a le grand inconvénient de donner trop de sang ou de n'en pas donner assez, et d'entraîner après elle, dans le voisinage de l'œil affecté, le besoin d'une compression, qui incommode beaucoup le malade. En effet, pendant le cours d'une ophtalmie grave, on ne saurait supporter la moindre gêne autour de la tête, et dans les cas où l'artériotomie paraît produire le plus d'effet, les saignées du pied réitérées en auraient probablement produit autant. Je fais souvent appliquer les ventouses scarifiées au haut des épaules, près des vertèbres cervicales. Rien de si facile que l'emploi de cet utile moyen, en se servant du scarificateur à ressort et de la pompe; instruments que j'ai, qui sont si familiers en Allemagne et en Angleterre, et que je suis bien étonné de ne pas voir entre les mains de tous nos chirurgiens. S'il survient des rechûtes importantes pendant la durée de l'ophtalmie, on peut avoir recours de nouveau à la saignée du pied ou aux sangsues. Il n'est pas nécessaire de dire

que, s'il y a eu disposition aux hémorrhoïdes, elles doivent être appliquées à la marge de l'anus, et que, s'il y a suppression ou diminution des règles, on peut les appliquer à la vulve. Dans ces deux cas, elles remplacent avantageusement la saignée du pied, dans tout le cours de la maladie.

Je ferai ici une remarque importante, c'est que les rechûtes sont fort dangereuses, en ce qu'elles font l'effet de coups de pistons poussant les liqueurs plus avant dans des vaisseaux très-déliés et déja dilatés; et, comme les douleurs et l'augmentation des accidents auxquels elles donnent lieu, se font sentir particulièrement pendant la nuit, il faut avoir recours à une nouvelle émission de sang, le soir même de la rechûte, ou, si on a eu le malheur de manquer ce moment, ne pas attendre plus tard que le lendemain soir. Rien n'est plus important que de donner au malade une nuit tranquille, et la saignée faite le soir procure ordinairement cet avantage inappréciable. Je ne saurais trop répéter que souvent on épargne une saignée mal-à-propos.

S'il y a un danger imminent, je suis dans l'usage de faire appliquer entre les deux épaules un large vésicatoire, aussitôt après la première saignée. Si le danger est moins grand, il suffit d'en appliquer un, soit à la nuque, soit derrière l'une ou l'autre oreille, soit derrière chacune; si on redoute l'irritation, on peut éviter le lendemain d'enlever l'épiderme soulevé, et panser

par-dessus avec une forte pommade au garou, que l'on recouvrira d'un cataplasme fait avec la farine de graine de lin. Ce cataplasme, en ôtant aux vésicatoires leur inconvénient, ne diminue rien de leur effet avantageux, qui est trop grand pour qu'il soit permis d'en négliger l'emploi, à moins de très-fortes raisons. Au reste, les pansements subséquents doivent être faits avec douceur, et il est bon que le malade ait à sa disposition un emplâtre tout préparé, qui puisse être appliqué dans l'intervalle d'un pansement à l'autre, s'il survenait trop d'irritation : il faut au moins l'autoriser, dans ce cas, à recourir à un autre pansement, qui aurait lieu, soit avec le beurre et la poirée, soit avec un cataplasme, soit même avec ces deux moyens réunis.

Si on a cru pouvoir temporiser, on n'oubliera pas, dans les différentes périodes de la maladie, d'avoir recours au vésicatoire, lorsque la nécessité s'en fera sentir.

Tant que les menaces de dépôt dans la cornée et d'épanchement dans la chambre antérieure existent, je m'abstiens de donner l'émétique. J'ai vu souvent le dépôt ou l'épanchement se former très-peu d'heures après le vomissement; cependant, lorsque le malade a eu deux nuits passables, ce qui arrive ordinairement dans les cas très-graves du neuvième au douzième jour, je me trouve bien de faire prendre, dans de l'eau de veau, quelques cuillerées d'une solution de deux

grains de tartrate de potasse antimonié et de deux gros d'un sel neutre, en recommandant au malade d'observer une demi-heure au moins d'intervalle entre les doses de cette boisson, et de suspendre ou au moins de retarder, s'il se sentait des dispositions à vomir. Lorsque ce moyen procure des évacuations bilieuses par bas, ce qui arrive le plus ordinairement, on remarque aisément son effet avantageux sur la maladie; il devient indispensable, et on peut le donner un peu plutôt, lorsque la complication d'embarras gastrique n'est point équivoque. Une purgation douce le sur-lendemain vient à l'appui de son bon effet.

Il arrive si ordinairement que la source des ophtalmies se trouve dans le canal alimentaire, que, lorsque je n'ose donner le tartrate de potasse antimonié, même en lavage, je ne manque jamais de solliciter des évacuations par d'autres moyens. Voici ceux que j'emploie ordinairement: Tamarins dans du petit-lait ou dans du bouillon aux herbes; lavements laxatifs de manne grasse ou de miel commun, dans une décoction de carottes avec deux ou trois gros d'un sel neutre; souvent, dans la classe peu aisée, les lavements avec une cuillerée d'huile et un gros ou deux de sel commun. Le bouillon suivant procure toujours un bon effet.

Faites bouillir dans une pinte d'eau, jusqu'à réduction d'un quart, un quarteron de veau et deux navets; ajoutez, en retirant du feu, une

once de manne... A prendre le matin pendant plusieurs jours de suite. Si on substitue au veau le collet de mouton, le malade ne sent point le goût de la manne. On obtient assez ordinairement une évacuation suffisante, sans irritation, en donnant quatre onces de tamarins et deux onces de manne dans une chopine de petit-lait, et faisant prendre ensuite depuis un jusqu'à trois gros d'un sel neutre dans trois verres d'eau de veau.

Pour lotions, une décoction légère de laitue, dont le malade se servira à un degré tel, qu'il n'en sente presque point la chaleur. Il ne baignera point son œil dans une œillère, mais il se bornera à étuver les paupières, quatre ou cinq fois par jour, avec une petite éponge ou un morceau de linge fin, en se contentant d'appuyer légèrement vers le grand angle pour absorber les larmes qui en découlent.

Je suis dans l'usage, dès que les accidents diminuent, de ne plus rien prescrire ; et, aussitôt que le malade peut supporter l'impression de la lumière, je conseille une sortie à pied ou en voiture. J'attache tant d'importance à ce moyen simple, qu'il m'arrive quelquefois, lorsque cette impression n'est pas encore supportable, de faire sortir le malade à la chûte du jour.

Il ne faut que des panades ou de la soupe aux herbes, lorsqu'on commence à prendre de la nourriture, et ne passer aux légumes et aux

viandes blanches qu'à condition de revenir à la diète, en cas de rechûtes.

Quoique, dans cette maladie, je redoute l'effet des cataplasmes sur l'œil, cependant l'irritation est quelquefois si considérable, que je consens à un cataplasme émollient peu volumineux, appliqué sur l'extrémité externe du sourcil, de manière à ne pas empêcher la liberté des mouvements des paupières. Les astringents, même les plus doux, recommandés dans le déclin de la maladie, ne réussissent point ordinairement, et, à cette époque, l'eau pure un peu froide est ce qui produit le meilleur effet; mais on ne saurait trop insister auprès du malade pour qu'il évite soigneusement tout ce qui pourrait donner lieu à de nouvelles rechûtes, notamment les mauvaises digestions. Je conseille assez souvent aux personnes sujettes à des ophtalmies périodiques, de boire le matin à jeun un ou deux verres d'eau. Le célèbre Desault, sujet dans sa jeunesse à des ophtalmies dont il ne pouvait pas se débarrasser, consulta mon père, qui le mit à l'usage de boire tous les matins à jeun trois chopines d'eau, auxquelles il ajouta de lui-même, après quelque temps, un verre de vin, parce qu'il vomissait l'eau pure. Ce moyen l'a guéri. J'insiste sur la nécessité de faire respirer le grand air aux malades affectés de maux d'yeux : le bon effet n'est jamais équivoque; il m'a toujours semblé dû, partie à la plus grande perfection de l'acte de l'hématose, partie à l'impression utile de l'air sur l'organe.

De l'Ophtalmie des Enfants (1)

Pour l'ophtalmie des petits enfants au-dessous d'un an, il faut faire couler le derrière d'une oreille ou même des deux, et leur donner un peu de sirop de chicorée ou de fleurs de pêcher, de manière à entretenir un léger dévoiement; ne rien injecter entre les paupières de l'enfant, mais seulement les nettoyer avec une extrême douceur, à l'aide d'une éponge fine ou d'un linge trempé dans une légère infusion de fleurs de sureau, que l'on emploiera un peu dégourdie, mais non pas chaude. Il faut, avant tout, éviter de le faire pleurer, le sortir un peu, si le temps le permet, avertir la nourrice de ne pas injecter de son lait dans les yeux du petit malade, ce qui relâche et dispose encore à l'engorgement. On peut mettre un vésicatoire derrière le cou, si celui appliqué derrière l'oreille s'enflamme ou ne rend point; mais je répète qu'il faut, avant tout, éviter de faire crier l'enfant. S'il devait trop souffrir et beaucoup pleurer, il vaudrait mieux se priver de ce moyen si avantageux, ou ne l'appliquer que pour le laisser en place, en le couvrant deux fois par jour d'une feuille de bette ou poirée enduite de beurre; pansement qui, sans exciter de douleurs, suffit souvent à cet âge pour établir

(1) Voyez ci-dessus, page 197.

un petit suintement, dont l'effet est d'appaiser l'orage excité aux yeux. Si l'enfant n'est sevré que depuis peu, quand il aurait plus d'un an, il faut le rendre à sa nourrice, ou, à défaut, lui en donner une autre. J'ai la conviction d'avoir sauvé bien des yeux par l'observation de cette pratique, que je tiens de mon père et de M. Baudelocque. Il importe de recommander qu'on ne mette aucun cataplasme sur les yeux, déja si disposés à l'engorgement.

Chez les enfants un peu plus âgés, de trois, de quatre et de cinq ans, il ne faut pas se hâter de supprimer le vésicatoire après les ophtalmies graves. Dans l'inflammation de la cornée, lorsque les enfants de trois à douze ou treize ans ne peuvent supporter l'impression de la lumière la plus faible, et tiennent les yeux fermés malgré eux, le cataplasme de laitue est souvent utile, ainsi que les lotions avec de l'eau saturée d'une certaine quantité d'extrait aqueux d'opium.

J'ai un grand nombre d'observations qui prouvent le bon effet de ce dernier moyen dans cette espèce d'ophtalmie. Je me plais à citer par préférence celle que mon collégue M. Delondre a lue dans une de nos dernières séances de la Société académique de Médecine (1). On lui amena une petite fille de dix ans, qui, par l'effet de la

---

(1) Voyez Journal général de Médecine, de Chirurgie, et de pharmacie, tome LVIII, page 114.

plus forte irritation, suite de la petite vérole, avait les yeux si hermétiquement fermés depuis plus d'un an, qu'on les croyait entièrement perdus, et qu'on se disposait déja à la faire entrer dans un hospice comme aveugle et incurable. M. Delondre trouva les pupilles très-rétrécies et une exaltation prodigieuse de la sensibilité des rétines. Il ordonna pour lotions une dissolution d'extrait aqueux d'opium, dans la proportion de deux gros pour une pinte d'eau; on en imbiba des compresses, qui furent appliquées sur les paupières pendant la nuit. L'effet de ce remède fut si prompt, qu'au bout de huit jours les paupières s'entr'ouvraient. On doubla alors la dose de l'opium; le quinzième jour du traitement, l'enfant ouvrit les yeux et fut complétement guérie dans l'espace de quelques semaines. M. Delondre m'a dit qu'il avait su des parents, six mois après son entière guérison, qu'elle n'avait pas éprouvé la plus légère rechûte de sa maladie.

On est toujours étonné, dans cette variété de l'ophtalmie, de voir les sangsues, les saignées, les vésicatoires n'amener aucun changement. Parmi les moyens employés à l'intérieur, les boissons rafraîchissantes et les purgatifs un peu drastiques paraissent seuls produire un bon effet. Je donne le jalap dans du lait sucré de deux jours l'un, en proportionnant la dose à l'âge de l'enfant.

De l'Ophtalmie, suite de couches (1).

La marche à suivre pour le traitement de l'ophtalmie chez les femmes est à-peu-près la même; seulement il ne faut pas perdre de vue les indications qui peuvent dériver des gestations ou de leurs suites et des mouvements du sang.

De l'Ophtalmie par pléthore sanguine (2).

Lorsque des malades, d'une constitution évidemment pléthorique et sanguine, ont éprouvé des ophtalmies inquiétantes, je suis dans l'usage de leur conseiller de se faire saigner deux fois, dans le courant de chacune des années suivantes, et de se soumettre, avant et après chaque saignée, à quelques précautions générales.

De l'Ophtalmie par principe scrophuleux (3).

L'ophtalmie scrophuleuse ne peut se traiter que par les moyens généraux. Ceux que j'emploie le plus ordinairement sont, l'élixir de gentiane, mais sur-tout le sirop antiscorbutique dépuratif de M. Portal, dont voici la recette (4):

---

(1) Voyez ci-dessus, page 201.

(2) Voyez ci-dessus, page 202.

(3) Voyez ci-dessus, page 203.

(4) Observations sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire, tome II, page 386.

« Prenez racine de gentiane, demi-once; racine de garance, et quinquina, de chaque, deux gros; raifort sauvage, demi-once; cresson de fontaine, et cochléaria, suffisante quantité; muriate de mercure sur-oxidé, deux grains.

« On fait bouillir les racines avec le quinquina dans deux livres d'eau réduites à une; on passe la décoction; on ajoute une livre et demie de sucre ou de cassonade; on clarifie avec deux blancs-d'œufs; on fait cuire le mélange en consistance de sirop; on le passe.

« D'une autre part, on pile dans un mortier les feuilles de cresson, de cochléaria, et la racine de raifort; on exprime, pour avoir six onces de suc que l'on filtre à froid; on ajoute onze onces de sucre réduit en poudre grossière; on chauffe au bain-marie, et on ajoute ce sirop au premier.

« Enfin l'on fait dissoudre le muriate de mercure dans un gros environ d'alkool, et on le mêle exactement au sirop. M. Portal ajoute :

« Tels sont les ingrédients du sirop antiscorbutique dont j'ai fait un si grand usage, et telle est la méthode de le préparer, que M. Bouillon-Lagrange a proposée. »

De l'Ophtalmie par principe scorbutique (1).

J'emploie à-peu-près les mêmes moyens pour

---

(1) Voyez ci-dessus, page 205.

combattre la diathèse scorbutique : lorsqu'une ophtalmie me paraît due à cette cause, j'ajoute des sucs d'herbes, dans la saison.

De l'Ophtalmie par principe syphilitique (1).

Je traite la maladie connue sous le nom d'ophtalmie gonorrhoïque, comme l'ophtalmie aiguë violente. Lorsqu'on donne trop tôt les remèdes spécialement destinés à combattre la cause de ces dangereux accidents, on expose le malade à éprouver des redoublements d'irritation, dont l'effet est souvent de déterminer des désordres organiques et même la destruction de l'œil. Cependant, le plus grand danger une fois passé, on peut commencer à donner, à faibles doses, dans une décoction d'orge, la solution de muriate de mercure sur-oxygéné, et peu-après passer aux frictions, si on les juge nécessaires; mais en les éloignant d'abord, n'employant pour les faire que de petites doses d'onguent mercuriel, et en évitant soigneusement la salivation. Si l'approche s'en faisait sentir, il faudrait suspendre l'emploi du mercure et purger doucement.

Lorsque les accidents sont les effets d'une blennorrhagie supprimée, je fais mettre sur-le-champ une sonde dans le canal de l'urètre. Il faut, autant que possible, recourir très-promptement à ce moyen.

---

(1) Voyez ci-dessus, page 205.

De l'Ophtalmie par principe goutteux ou arthritique (1).

L'ophtalmie qui reconnaît pour cause la diathèse goutteuse, lorsqu'elle est violente, m'a paru devoir être traitée par les moyens que je viens d'indiquer à l'article chémosis; j'ajouterai qu'il faut redoubler de surveillance, comme pour l'ophtalmie blennorrhagique, et qu'on ne doit s'en relâcher que, lorsqu'après l'emploi des pédiluves sinapisés et autres moyens connus, on est parvenu à attirer l'irritation arthritique sur une autre partie.

Ce qui me réussit le plus ordinairement pour combattre une ophtalmie causée par cette espèce particulière de diathèse, c'est de faire appliquer sur le pied six à huit sangsues assez près l'une de l'autre. Je compte encore plus sur le gonflement qu'elles excitent, que sur l'évacuation de sang qu'elles procurent; je veux dire, sur le désordre opéré localement dans le tissu cutané par leurs morsures, et sur la congestion qui a lieu au-dessous, dans les tissus cellulaire et adipeux, que sur l'évacuation produite dans les systêmes vasculaires (*voyez* tome III, page 445); ensuite, je les fais appliquer en grand nombre, et souvent quatre ou cinq fois en cinq ou six jours, à

(1) Voyez ci-dessus, page 207.

la paupière inférieure et à la tempe. J'en ai fait mettre, dans des occasions où le danger était pressant, jusqu'à trente, bien entendu que leur nombre doit être proportionné à leur grosseur, à la force du sujet et à la gravité de la maladie.

De l'Ophtalmie par rétrocession d'éruptions (1).

Sous le rapport thérapeutique, on ne doit point oublier que, pour combattre les ophtalmies dues à des principes spécifiques, il faut rappeler le vice vers la partie sur laquelle il se trouvait avant l'ophtalmie, et j'ajouterai que, si cette cause a donné naissance à des furoncles ou à un dépôt quelconque qui s'est ouvert ou a menacé de s'ouvrir, il y a le plus grand danger qu'un effet analogue soit produit à la cornée ou dans l'intérieur du globe, par l'impression de ce vice particulier. S'il s'agit du déplacement si fréquent du siége de cette dépuration qui a lieu à différentes époques de l'enfance, abandonne souvent le cuir chevelu, et porte son action sur les yeux, à la suite de la suppression des poux, je fais ordinairement remettre sur la tête un certain nombre de ces insectes (*voyez* tome II, page 30). Ce moyen m'a procuré de grands succès, et je l'ai fait répéter, lorsque les premiers ne pullulaient pas, chez des enfants qui n'en avaient jamais eu.

---

(1) Voyez ci-dessus, page 208.

Le séton passé derrière le cou est souvent utile dans les ophtalmies qui sont sous l'influence d'un vice spécifique.

De l'Ophtalmie, suite de fièvres (1).

Si, pendant l'usage du quinquina et lorsqu'une fièvre commence à céder à son action, il se déclare une ophtalmie, il est bon de suspendre l'usage de ce moyen puissant, au moins jusqu'à ce qu'on se soit assuré du caractère que prendra la maladie.

De l'Ophtalmie compliquée (2).

Le séton est spécialement indiqué pour combattre une ophtalmie d'une certaine intensité, lorsque des lésions organiques ont eu lieu antérieurement, et, à plus forte raison, si elles ont laissé des traces.

De l'Ophtalmie par l'impression de l'air (3).

« La purgation (4) convient dans l'ophtalmie annuelle et épidémique, et, dans quelques cas, la saignée est nécessaire pour combattre les douleurs. Les ventouses appliquées auprès des veines

---

(1) Voyez ci-dessus, page 209.

(2) Voyez ci-dessus, page 210.

(3) Voyez ci-dessus, page 211.

(4) Hippocrate, de visu.

sont utiles : vivre de pain en petite quantité, et boire de l'eau; que le malade d'ailleurs se tienne dans les ténèbres, loin de la fumée, du feu, et des autres corps resplendissants.

« Le cataplasme est inutile, s'il n'y a pas de douleurs. Il ne faut de long-temps regarder avec attention; car l'œil est excité au larmoiement, lorsqu'il ne peut s'acquitter de ses fonctions à une lumière vive; mais il n'est pas bon non plus de tenir long-temps les yeux fermés, sur-tout si la fluxion est accompagnée de chaleur. »

L'ophtalmie catarrhale qui règne assez souvent à Paris, sous une forme épidémique, est, en général, bénigne. Il est évident qu'elle est soulagée par le transport de l'irritation sur la membrane muqueuse du canal alimentaire. Je conseille ordinairement alors des bouillons laxatifs. Si on craint des infiltrations, qui arrivent cependant assez rarement, on peut établir, pour quelques jours, un petit vésicatoire derrière une oreille, le transporter derrière l'autre, et ensuite sur la nuque. Lorsque la rougeur est vive et accompagnée d'une irritation considérable, l'infusion de fleurs de mauve dans du lait réussit souvent pour tout remède.

M. Larrey (*Relation de l'Expédition de l'armée d'Orient*, page 32), a vu réussir, dans une ophtalmie épidémique, les saignées locales, telles que les mouchetures. Sur plus de trois mille malades, pas un seul n'a perdu la vue.

De l'Ophtalmie, effet des substances âcres (1).

Quand l'ophtalmie causée par l'impression de substances âcres est considérable, il faut insister sur les applications de sangsues, ou, encore mieux, sur les saignées de la jugulaire (*voyez* tome II, page 225).

De l'Ophtalmie, effet de corps étrangers (2).

Lorsqu'un malade affecté d'ophtalmie se plaint que cette maladie est l'effet de l'impression d'un corps étranger, il est bien important d'examiner l'œil, notamment la cornée et la face interne de la paupière supérieure, pour s'assurer que cette cause d'irritation ne subsiste plus. Les saignées du pied, si les accidents sont graves, peuvent être regardées comme spécifiques (3).

Le malade doit s'assujétir à ôter ou à faire ôter les cils dont la déviation donne naissance à une ophtalmie par irritation extérieure. Le seul instrument convenable pour cette légère et facile opération est la petite pince, que l'on voit pl. 15, fig. 1.

---

(1) Voyez ci-dessus, page 216.

(2) Voyez ci-dessus, page 217.

(3) Voyez ci-dessus, page 222.

De l'Ophtalmie, effet du feu (1).

Si le feu a exercé son action sur les paupières et le globe de l'œil, il est très-important, en employant d'ailleurs les moyens généraux, de ne pas couvrir l'œil de cataplasmes; ils ne feraient, en relâchant, que favoriser le développement des accidents, suites trop ordinaires de la phlegmasie qui succède à cette action destructive. Il faut dans ces cas ne pas songer seulement à l'état des paupières, mais bien plutôt au globe même, et particulièrement à la cornée, qui court des dangers, sur-tout pendant les premiers jours.

De l'Ophtalmie, effet de contusions ou de blessures (2).

Toute contusion qui donne des inquiétudes sérieuses, et qui est suivie de douleurs assez fortes dans le globe, exige la saignée et les boissons rafraîchissantes.

On doit en dire autant lorsque ces accidents sont occasionnés par une blessure. Si elle est d'une certaine gravité, il faut insister sur les saignées du pied, suivies des applications de sangsues à la paupière inférieure, à la tempe et derrière l'oreille. Un vésicatoire, dans les cas de

(1) Voyez ci-dessus, page 223.

(2) Voyez ci-dessus, page 224.

contusion ou de blessure, est souvent utile. Il est toujours convenable de l'établir chez les enfants, pour peu que leur blessure ait de gravité; ce moyen déplace l'irritation, dont l'effet est souvent d'appeler, sur la partie blessée, quelques-unes de ces dépurations qui se font dans le premier âge, et qui, avant l'accident, ne donnaient aucun signe d'existence.

De l'Ophtalmie interne (1).

J'ai lu à la Société de Médecine de Paris, il y a treize ans, un Mémoire ayant pour titre : *Application des effets de la belladone au traitement de plusieurs maladies des yeux.* Il est inséré dans le Journal général de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie, auquel je renvoie le lecteur. Quelques auteurs d'ouvrages imprimés hors de France ont puisé dans mon Mémoire, et dans un autre que j'ai donné au même Journal, en août 1800, sur une pupille artificielle. En reprenant mes idées, j'espère qu'on ne m'accusera point de plagiat.

Je donnerai ici le précis de mon Mémoire sur l'emploi de l'extrait de belladone.

« Je vais communiquer à la Société ce que j'ai déja obtenu de résultats certains, depuis près de trois ans que je m'occupe, sans relâche, d'ob-

---

(1) Voyez ci-dessus, page 225.

server chaque jour de quelle utilité peut être la dilatation artificielle de la pupille dans différentes maladies des yeux. Je commence par assurer qu'il ne subsiste aucune trace de cet effet au bout de quelques jours, qu'il m'est arrivé, dans un très-grand nombre de cas, d'avoir recours à ce moyen tous les deux, trois ou quatre jours, pendant un an et plus, et que jamais je n'en ai observé de mauvais effets.

« Parmi les maladies de l'organe de la vue qui peuvent occasionner la cécité, le rétrécissement de la pupille est une des plus graves. Cette lésion est presque toujours le produit d'une inflammation interne, ou au moins d'une infiltration, d'une espèce d'injection, souvent sanguine, quelquefois lymphatique, soit de plusieurs membranes intérieures du globe, soit de l'iris seule. La pupille se trouve alors resserrée, et son bord est souvent adhérent à la capsule du cristallin d'une manière plus ou moins marquée. Lorsque ce rétrécissement ne subsiste que depuis peu de mois, et que la cause en est dissipée, l'instillation de l'extrait de belladone, répétée tous les trois ou quatre jours, réussit constamment, si les adhérences ne sont pas trop fortes ni l'occlusion trop complète. Sans négliger d'ailleurs les remèdes indiqués, je me sers familièrement de ce moyen pour combattre les maladies de ce genre qui se présentent à moi, et je lui attribue plus de vertu qu'à tous les autres ensemble. Il faut

une partie d'extrait de belladone et trois ou quatre parties d'eau commune, etc. »

Je me rappelle qu'à l'époque à laquelle ce Mémoire fut publié, le sieur B***, âgé de vingt-sept ans, vint me consulter. Il avait eu les deux yeux brûlés, et était aveugle depuis un an. L'œil droit était fondu : on voyait sur le gauche, au centre de la cornée, une large cicatrice; en examinant latéralement l'iris, on s'apercevait que la pupille était rétrécie, et que son bord, dans un point sur-tout, était adhérent à la capsule du cristallin. L'instillation de la solution aqueuse d'extrait de belladone le mit en état d'aller seul, le soir même, voir des illuminations. Cet homme, devenu maraîcher à Étampes, a joui depuis et jouit encore d'une assez bonne vue. L'obscurité de la cornée a diminué graduellement.

Depuis que j'ai recueilli cette observation, je n'ai vu aucune guérison plus frappante que celle du beau-frère d'un de mes collégues à la Société de Médecine de Paris, M. de L***, âgé de quarante-deux ans; il avait perdu la vue dans le cours d'une grave ophtalmie aiguë. L'œil droit avait été frappé d'amaurose complète, et est resté nul; le gauche eut la cornée entièrement blanche, et la pupille rétrécie. L'instillation dont je viens de parler, continuée de huit en huit jours pendant plusieurs années, a remis la pupille dans son état naturel. La cornée a repris sa pellucidité, à l'exception du centre, qui a conservé

un peu d'obscurité, malgré laquelle M. de L*** voit bien, même à lire, en approchant seulement le livre un peu plus qu'il ne faisait avant de perdre la vue. Nous n'avons employé aucun autre remède que ces instillations. Pendant près d'un an, le malade n'a pu lire qu'avec le secours d'un verre convexe.

J'exempte rarement le malade d'un séton, lorsque les deux yeux sont affectés, et qu'une phlegmasie interne a gêné les importantes fonctions de l'iris, ou produit quelque autre lésion dans l'intérieur des globes.

Je redoute, dans ces cas particuliers et si graves, l'action des cantharides. Si on veut avoir recours à un vésicatoire, il faut l'entretenir avec la pommade au garou.

Autant je suis dans l'usage de beaucoup donner à l'expectation dans le traitement de la plupart des maladies des yeux, et de ne conseiller que des remèdes simples et en petit nombre, autant j'insiste ordinairement sur tous les moyens indiqués par la thérapeutique, pour combattre les phlegmasies intérieures et leurs effets. On doit redoubler encore d'activité, de surveillance et de soins, s'il s'agit du second œil, et que le premier ait été perdu ou gravement affecté par la même cause.

Dans les cas où le malade se refuse au séton, je conseille l'application, derrière le cou, d'un morceau de potasse caustique de la grosseur d'un

petit pois. L'escarre qui en résulte doit avoir un pouce et plus de diamètre.

On panse avec du beurre et des feuilles de bette. Cet écoulement, qui est très-abondant, sur-tout du dixième au trentième jour, dure six semaines, et peut être entretenu au-delà, en mêlant avec le beurre un peu de pommade au garou à dater du huitième jour qui suit la chûte de l'escarre, c'est-à-dire un mois environ après l'application de la potasse caustique.

Il est presque indispensable, en supprimant l'exutoire établi, de faire pratiquer, à l'un des bras, un cautère, que le malade doit garder pendant au moins six mois après le parfait rétablissement du jeu des pupilles. Dans ces phlegmasies dangereuses et dans le traitement de leurs effets, voici les moyens que j'emploie le plus familièrement.

Les saignées du pied, celles de la jugulaire, les sangsues près des yeux, les ventouses scarifiées au bas du cou et aux deux côtés de la colonne vertébrale, les incisions superficielles de quelques vaisseaux sur la conjonctive, sur la cornée et sur la face interne de la paupière inférieure. Il suffit, pour pratiquer ces dernières, de promener la lancette très-légèrement sur la conjonctive, en renversant la paupière inférieure avec un doigt, et en assujétissant la paupière supérieure avec un autre doigt de la même main. Chaque fois que l'on pratique cette facile opération, il suffit

d'obtenir trois ou quatre gouttes de sang de la face interne de la paupière, et une ou deux de la conjonctive, près de la cornée, au-dessous et à un des côtés de cette membrane, mais jamais au-dessus de son diamètre transversal. Outre ces saignées, auxquelles on peut revenir dans le cours du traitement, et quelquefois même dans la seule intention de prévenir des rechûtes, les exutoires sont indispensables, ainsi que les boissons délayantes, les laxatifs doux, les demi-bains tièdes, les lavements, et le régime le plus exact. C'est une bonne précaution que celle de faire porter au malade une paire de lunettes vertes, garnies de taffetas de la même couleur : leur teinte doit être moyenne, c'est-à-dire entre la plus foncée et la plus claire.

SECTION V.

Altérations organiques, effets de Phlegmasies.

CHAPITRE PREMIER.

I. *Des Taches de la Cornée* (1).

Plus de la moitié des taches qui paraissent

---

(1) Οὐλὴ ἐν κόρῃ; cicatrice sur la prunelle. Νεφέλαι, ἀχλύες, αἰγίδες ; nuages qui paraissent sur les yeux, taies, cicatrices blanches qui rendent la vue trouble, HIPPOCRATE.

Λευκώματα. Ἀνθράκωσις corneæ tunicæ, Actuarius de meth. med. lib. II.

Albugo, ou taie; *leucoma*, ou cicatrice.

avoir leur siége dans la cornée, sont formées ou dans le tissu de la portion de la conjonctive qui recouvre cette membrane, et à laquelle on a donné le nom d'*adnata*, ou immédiatement au-dessous, entre cette lame mince et superficielle et la lame externe de la cornée. Il suffit d'une phlegmasie assez ordinaire, pour que les ramifications des vaisseaux qui n'admettent que la lymphe la plus transparente, en passant de la conjonctive dans l'*adnata*, cèdent à l'effort du sang, et reçoivent des liqueurs moins tenues. Quelques-uns de ces vaisseaux se déchirent, d'où résultent de petits épanchements plus ou moins marqués, qui peuvent porter obstacle à la vision. Si la phlegmasie s'est étendue au tissu fibreux de la sclérotique, dont les vaisseaux passent à la cornée, on en est averti par des douleurs plus fortes, et il se forme quelquefois un dépôt plus ou moins considérable et plus ou moins profond, dans cette dernière membrane, par l'effet d'un épanchement lymphatique entre ses lames. La phlegmasie, parvenue jusqu'à la membrane séreuse qui revêt la face concave de la cornée, donne souvent lieu à un épanchement presque toujours lymphatique, et quelquefois purulent, dans la chambre antérieure. J'ai remarqué que celui qui est dû à un principe arthritique est ordinairement lymphatique. Si le tissu muqueux de la conjonctive est le seul siége de l'inflammation, et que la portion qui recouvre la cornée soit vivement in-

jectée, il s'y forme très-souvent des taches ou engorgements plus ou moins étendus. Je ne saurais trop répéter que toutes celles désignées communément comme taches de la cornée, qui se dissipent facilement et très-vîte, ont leur siége, ou dans cette lame externe, ou immédiatement au-dessous d'elle. La conjonctive, qui jouit, comme la peau, d'une grande vitalité, et qui est exposée à l'action de l'air et au mouvement continuel des paupières, est aisément et promptement débarrassée des obstructions qui lui surviennent. Mais les engorgements qui se forment dans la cornée, qui ont un siége plus profond entre ses lames élastiques, unies entre elles par un tissu fibreux semblable, très-court et très-serré, résistent bien plus long-temps aux efforts de l'art et à ceux plus puissants de la nature. Si la tache n'intéresse que la membrane superficielle, on aperçoit une légère élévation, en examinant le globe obliquement. On suit souvent, à l'œil nu, des vaisseaux sanguins qui passent dans la tache, et on les voit plus aisément à l'aide d'une loupe. L'œil reste exposé à des rechûtes, lorsque le sang a ainsi franchi les limites qui lui ont été assignées. Les malades ne doivent rien négliger pour mettre un terme à cette affection, et éviter tout ce qui pourrait donner lieu à des rechûtes, qui, en général, tendent à augmenter de gravité.

Les dépôts qui se forment entre les lames de la cornée sont précédés de symptômes inflammatoires plus graves. Ils menacent de s'ouvrir soit en dehors, et d'être suivis d'un ulcère; soit en dedans, et de donner lieu à un épanchement dans la chambre antérieure. Si la phlogose augmente, ou que des remèdes contraires soient employés, le désordre s'étend d'un tissu à un autre. Je vois souvent des taches de la cornée dans lesquelles on suit de petits vaisseaux sanguins sans rougeur à la conjonctive, et qui durent un assez grand nombre d'années (obs. 176), en augmentant à la plus légère phlegmasie de l'œil.

On trouve, dans le deuxième volume des Communications médicales de Londres, l'histoire de deux enfants chez lesquels la cornée acquit un degré assez considérable d'opacité sans inflammation préalable. M. Ware rapporte plusieurs cas de ce genre dans son Traité de l'Ophtalmie. J'en ai vu un assez grand nombre, suite du travail de la dentition (obs. 177, 178); j'en ai vu aussi chez des adultes, mais plus souvent chez les femmes que chez les hommes (observations 179, 180).

Lorsque l'albugo empêche le malade de voir, on a fait quelquefois l'abrasion de la lame ou des lames externes de la cornée. C'est une mauvaise opération (observ. 182, 183).

La section des vaisseaux que l'on voit passer

sur la cornée est un bon moyen (obs. 185, 186); mais il y a des cas où l'on en fait une application nuisible, sur-tout si on prolonge l'opération et si on scarifie trop sur la cornée (obs. 183).

Je me contente le plus souvent de tirer un peu de sang de la face interne de la paupière inférieure (obs. 187). Lorsque je me détermine à exciser ces vaisseaux, je m'attache à les enlever tous; car si on en laisse un seul, comme ces vaisseaux lient des anastomoses avec leurs ramifications, le sang du tronc passe dans des branches voisines, qu'il dilate; et, après quelques jours, on en voit presque autant, au point qu'on serait tenté de croire que ce sont les mêmes, si l'on n'était guidé dans cet examen par l'anatomie pathologique.

Quelquefois il reste des vaisseaux après la disparition presque totale de l'obscurité : il est rare qu'il n'en reste qu'un seul (obs. 188. *Voy.* pl. 28, fig. 3).

Rien de plus commun que de rencontrer chez les enfants, des éruptions dartreuses (obs. 189) ou autres, particulièrement à la tête, avec des taches ou albugos dans l'épaisseur de la cornée.

Il y a des cantons où il règne habituellement des ophtalmies produites par une cause externe, et, par suite, beaucoup de maladies de la cornée. Je conseille ordinairement un changement de résidence; il suffit le plus souvent pour diminuer et quelquefois pour guérir entièrement la ma-

ladie. L'espèce d'ophtalmie, source féconde de ces désordres, est endémique en Égypte (observation 191).

Lorsqu'une injection d'eau pure ou de mercure a bien réussi sur le cadavre, la transparence de la cornée en est altérée, et c'est un phénomène très-curieux. J'ai vu quelquefois cet effet produit sur le vivant, à la suite d'une espèce d'injection lymphatique, résultat d'une violente irritation. L'observation 190 est une des plus extraordinaires dont j'aie eu connaissance en ce genre.

Lorsqu'une tache déja ancienne vient à s'ulcérer, je me trouve bien, pour calmer l'irritation qui accompagne presque toujours cette complication, de faire appliquer une sangsue à la face interne de la paupière inférieure (pl. 26, fig. 1). Il est bon d'y revenir le lendemain et le sur-lendemain (obs. 192).

Un œil a pu servir pendant plus de cinquante ans, quoique la cornée eût été le siége d'albugos, lorsque la malade n'avait que sept ans; que cette membrane n'eût jamais été dans un état complet de pellucidité, et qu'avant et après l'époque de l'accomplissement de ces cinquante ans, elle eût été engorgée de nouveau (obs. 193). On tirera de cette observation des inductions pour des pronostics d'affections graves de la cornée.

Il est peu de vice particulier qui donne naissance à plus de taches de la cornée que le vice

scrophuleux, sur-tout chez les enfants (obs. 194.) Dans ce cas, les moyens généraux sont à-peu-près les seuls utiles (*voyez* à ce sujet les extraits de trois consultations à la suite de l'obs. 97). Je ne prendrai pas sur moi de décider si la liqueur qui a jailli du corps d'une araignée a été la cause de la violente ophtalmie qui engorgea la cornée dans la presque totalité de son étendue (observation 195).

On ne saurait trop insister auprès des malades pour les déterminer à ménager, sous tous les rapports, l'œil qui leur reste, lorsque l'autre a été perdu ou gravement affecté par des taches sur la cornée, ou quelque autre désorganisation importante (obs. 196).

Au reste, il est très-ordinaire de rencontrer des personnes qui ont une ou plusieurs taches sur les cornées, et qui voient pendant toute leur vie d'une manière passable, sans éprouver de rechûtes sérieuses (obs. 197, 198). Chez mademoiselle Del*** qui fait le sujet de la première de ces deux observations, la pupille, naturellement large, paraissait, par une espèce de bienfait ou d'effort salutaire de la nature, portée un peu plus du côté du grand angle que dans l'état ordinaire.

Lorsque la cornée s'engorge dans toute son épaisseur, souvent l'ophtalmie et son effet résistent long-temps à tous les moyens que l'on emploie (obs. 199).

Le tissu de la cornée des enfants étant plus lâche, cette membrane s'engorge bien plus aisé-

ment que chez les adultes; mais aussi elle recouvre assez promptement sa transparence, souvent même dans des cas qui paraissaient désespérés (obs. 200). Il est difficile, dans une pratique étendue, de ne pas se trouver quelquefois trompé dans son pronostic, et ce n'est qu'après plusieurs erreurs de ce genre, qu'on reconnaît l'imprudence de condamner, comme sans ressource, des yeux d'enfants dont les cornées étaient en si mauvais état, qu'on croyait n'en devoir plus rien attendre. La condition expresse pour obtenir quelquefois des guérisons inespérées, est qu'on n'ait rien fait de directement contraire. Heureux si la devise des premiers consultés a été: *Dans le doute, abstiens-toi.* Il vaut mieux en effet ne rien faire du tout, et laisser agir la nature, que de risquer de contrarier ses efforts salutaires.

Lorsque la cornée d'un œil est tachée depuis long-temps, et à plus forte raison récemment, on ne doit rien négliger pour combattre l'ophtalmie, même légère, qui survient à l'autre œil; mais si la cornée de ce dernier s'affecte, il existe le plus grand danger. Il faut redoubler de surveillance, et ne pas perdre de vue qu'il y a plusieurs raisons pour que cette cornée devienne le siége d'engorgements graves; d'abord, la sympathie qui existe entre la cornée de l'œil sain et celle de l'œil affecté; ensuite, les dispositions du sujet et les causes prochaines qui étant habituellement les mêmes, produisent fréquemment des effets analogues (obs. 201).

Parmi les moyens nuisibles à la guérison des taches de la cornée, on peut compter les collyres employés trop chauds (obs. 202), les cataplasmes et les substances irritantes, qui rendent souvent très-longues et très-difficiles à détruire des taches qui se seraient guéries plus aisément si elles avaient été abandonnées aux seuls efforts de la nature, favorisés par les frictions que les paupières exercent sur la cornée.

Les taches qui se trouvent vers le centre, ou à la moitié inférieure de la cornée, sont celles qui gênent le plus la vision : elles la gênent moins à un jour médiocre, parce qu'alors la pupille se dilate, et que les rayons lumineux peuvent entrer autour de la tache (obs. 197).

Souvent le traitement le mieux dirigé ne peut pas empêcher qu'après le rétablissement il ne reste une tache à la cornée (obs. 203).

Il ne faut pas regarder comme une tache le cercle d'un blanc-bleuâtre qu'on voit au bord externe de la cornée des vieillards : il y en a qui sont fort étendus, sur-tout à leur partie supérieure (pl. 64, fig. 1).

Je conseille de ne rien faire aux taches qui sont petites, peu profondes, récentes, et qui déja semblent avoir diminué par la seule action puissante du systême absorbant. Plus de la moitié de celles pour lesquelles on me consulte se trouvent dans cette classe. Quand il me semble convenable de

les attaquer, je ne connais dans ma pratique que les moyens suivants :

1° Les bains de l'œil, à l'aide d'une œillère, dans l'eau de Balaruc naturelle ; l'œil doit rester ouvert dans ce bain pendant quatre, cinq et quelquefois dix minutes, selon la grandeur et l'épaisseur de la tache, et la manière dont l'œil supporte le remède, qui en général ne cause aucune irritation. C'est le moyen qui me suffit le plus ordinairement. Je conseille aussi l'usage de l'eau de mer, puisée par un temps calme ; mais je ne lui donne point de préférence sur l'eau de Balaruc. Je prescris l'une ou l'autre, selon que les malades sont plus à portée de se la procurer. Le plus souvent je vois autant d'effet de l'usage de l'eau commune, dans une pinte de laquelle on a fait fondre un gros, et quelquefois deux, de muriate de soude fossile.

2° De légères scarifications faites tous les trois ou quatre jours, avec l'extrémité d'une lancette, à la face interne de la paupière inférieure. Il suffit que la conjonctive qui la revêt soit superficiellement entamée, et qu'il sorte deux ou trois gouttes de sang (*voyez* l'obs. 187).

3° L'excision de quelques vaisseaux avec une partie de la conjonctive.

Pour exécuter cette opération, je fais assujétir les deux paupières par un aide, et, après avoir soulevé avec une petite pince à disséquer, une

portion de la conjonctive, je l'enlève d'un coup de ciseaux courbes sur le plat (pl. 15, fig. 16). Il n'y a rien de particulier à faire après cette opération très-simple, à laquelle cependant je recours rarement; il suffit, lorsqu'elle est terminée, de couvrir l'œil le reste de la journée avec une compresse sèche, qu'on ôte le soir au moment du sommeil, pour ne plus la remettre.

4° Lorsque la tache de la cornée a son siége entre les lames de cette membrane, et que la lymphe extravasée est en assez grande quantité pour que l'on aperçoive une légère élévation à sa surface (pl. 24, fig. 1 et 2), j'aime beaucoup mieux passer obliquement dans trois, quatre ou cinq points de cette tache, la pointe d'une lancette aiguë ou d'un bistouri de même forme. Il ne faut pénétrer que très-peu, et faire baigner l'œil aussitôt après et pendant le cours des jours suivants, dans de l'eau de Balaruc naturelle un peu tiède. Des taches dans lesquelles l'œil, armé d'une loupe, n'apercevait pas de vaisseaux rouges, donnent du sang par l'effet de ces légères et utiles scarifications, qu'il est bon au surplus de ne point prodiguer, et par lesquelles la moitié, à peine, de l'épaisseur de la cornée se trouve entamée.

Je n'ai recours à ce dernier procédé que lorsque le dépôt n'est accompagné d'aucune irritation remarquable, et ces cas sont extrêmement rares.

II. *Des Abcès de la Cornée* (1).

On a désigné ceux qui sont superficiels sous le nom de pustules. Le siége le plus ordinaire de ces petites tumeurs est le tissu même de la conjonctive. Il s'en forme sur la partie de cette membrane qui recouvre la sclérotique; plus rarement sur sa portion connue sous le nom d'*adnata*, qui recouvre la cornée. Les unes contiennent du pus (pl. 31, fig. 3), d'autres de la sérosité (pl. 31, fig. 2). Ces dernières sont des hydatides ou phlyctènes: on en trouve quelquefois, mais peu souvent, de cette dernière espèce sur la cornée (pl. 25, fig. 1). C'est le plus ordinairement à l'endroit de l'union de la cornée avec la sclérotique que paraît la pustule. Dans la pratique, on peut s'en tenir à la distinction suivante.

Si ce petit phlegmon a son siége dans l'*adnata* ou dans le tissu cellulaire qui unit cette partie de la conjonctive avec la lame externe de la cornée, c'est un accident de peu d'importance; si le dépôt a lieu entre les lames de la cornée, si même seulement cette membrane a été intéressée dans le tissu de sa lame externe, cet abcès menace de désordres ultérieurs. Ce n'est que dans ce dernier cas que la maladie prend un caractère de gravité.

(1) Φλυκταίνιδες. Hippocrate.

Tous ces petits furoncles, plus ou moins superficiels, présentent une grande quantité de variétés, à-peu-près comme les papules du tissu cutané, les dépôts qui se forment dans le tissu cellulaire, les aphtes, etc. Leur forme et leur marche varient comme les causes spécifiques qui leur donnent naissance : mais, dans la pratique, ils peuvent être tous considérés comme menaçants plus ou moins l'intégrité du globe et la transparence de la cornée, puisqu'ils peuvent donner lieu à la rupture de cette membrane. On les désigne sous le nom d'abcès, de pustules et de dépôts. Les enfants sont plus exposés que les adultes à ces accidents. L'irritation à laquelle ils donnent lieu est généralement plus marquée dans la partie de la conjonctive qui les avoisine.

Quelquefois un petit point, d'un blanc-jaunâtre, qui forme un faible dépôt, peut à peine être aperçu.

On voit assez souvent l'*adnata* s'engorger sur le bord de la cornée, en forme de croissant, dans le voisinage de l'irritation. La teinte qu'elle prend est blanche, tirant plus ou moins sur le jaune (pl. 23, fig. 1). D'autres fois plusieurs dépôts se forment (pl. 23, fig. 2).

Il m'a paru que, lorsque la conjonctive seule était intéressée, on tirait un grand avantage des purgatifs légèrement drastiques, et de tous les moyens qui peuvent déplacer l'irritation de

la membrane muqueuse de l'œil, pour l'attirer sur celle des intestins.

L'analogie de ces affections avec les aphtes a été remarquée par le professeur Hymli, de Brunswick.

« Quand, dit-il, l'aphte ou l'esquinancie était très-fréquente ici, j'ai aussi trouvé plusieurs petites vésicules commençant par une inflammation de la sclérotique, et aussi quelquefois, mais plus rarement, de la cornée. Une fois, j'ai vu toute une famille affectée de cette maladie. C'était une véritable affection catarrhale, et dans quelques cas ces vésicules disparaissent par les purgatifs, quelques-unes par les lavements, le camphre et l'antimoine, sans aucune application locale, excepté celle des mucilagineux. Je crois que c'est précisément la même maladie que les aphtes du canal intestinal, de la couronne du gland, ou d'autres continuations très-amincies de la peau. Celles de la cornée deviennent pires, si elles sont ouvertes, et, si elles s'ouvrent d'elles-mêmes, elles forment des ulcères. Elles sèchent généralement par le moyen du borax et du vitriol blanc; mais, si elles sont négligées, elles causent quelquefois des ulcères considérables, qui se prolongent et laissent des lésions à la cornée. »

Sans l'immortelle découverte de Jenner, j'aurais eu à parler bien au long des abcès qui surviennent à la cornée après la petite vérole (obs. 204). J'en parlerai peu, bien persuadé

que cette affreuse maladie ne tardera pas à disparaître entièrement, au moins chez les nations civilisées. Quel service rendu à l'humanité! A aucune époque l'art de la médecine n'a été nommé à plus juste titre un art divin. Le Journal de mon père et le mien sont remplis des désordres effroyables que la variole occasionnait aux yeux. Il est très-facile d'y remarquer que déja le nombre de ces accidents avait diminué d'une manière sensible à l'époque où la pratique de l'inoculation de cette maladie avait pris faveur.

Quelque complet que soit en apparence le rétablissement de la cornée, après les abcès dont elle a été le siége, il me paraît qu'il reste une légère différence d'organisation dans sa texture, et que c'est à cette imperfection réelle, quoique peu apparente, que l'on doit attribuer le retour d'accidents analogues, auxquels l'œil reste exposé pendant assez long-temps. Si les traces sont plus apparentes, ces rechûtes arrivent plus aisément, et si la maladie a laissé de profondes empreintes, elle se reproduit à la plus légère occasion (observations 205, 206).

Lorsque l'abcès est formé entre les lames superficielles de la cornée, et que la matière en est purulente, il forme une légère saillie (pl. 24, fig. 1 et 2) qui augmente quelquefois, et alors on a moins à redouter de le voir s'ouvrir dans la chambre antérieure, pour donner lieu à un hy-

popion; mais il s'ouvre en dehors, et il est suivi d'un ulcère plus ou moins profond.

Je préfère, pour le traitement des abcès de la cornée, les moyens généraux aux moyens employés localement.

Je suis très-sobre de ceux-ci; je prodigue ceux-là.

Je n'épargne point les saignées du pied pour combattre les abcès, même les plus superficiels. Un exutoire me paraît presque toujours indispensable, ainsi que quelques applications de sangsues: mais si le tissu même des lames de la cornée est intéressé, alors, selon la gravité du dépôt, j'ajoute, sans retard, la saignée de la jugulaire, un vésicatoire plus ou moins large entre les deux épaules, ou un séton à la nuque, et des purgatifs doux, mais répétés. Les lavements laxatifs sont d'un grand secours.

Quant aux moyens extérieurs, doit-on faire l'ouverture de tout dépôt, soit de sérosité, formant phlyctène, soit de lymphe puriforme, formant pustule, soit de véritable pus, formant abcès? Cette question ne peut être résolue que par une réponse conditionnelle. Ce serait un moyen avoué par la théorie et par la pratique, si l'irritation plus ou moins considérable, qui accompagne presque toujours ces sortes de dépôts, n'apportait pas un obstacle, souvent très-évident, à l'exécution de cette légère et facile opération; mais c'est déja

beaucoup d'obtenir du malade, qui souffre avec peine l'impression de la lumière, qu'il laisse examiner l'état de son œil.

La première condition requise pour l'exécution de l'incision serait une extrême légèreté dans la main, et une grande habitude d'exécuter les opérations les plus délicates. L'œil s'agite prodigieusement lorsqu'il existe un abcès dans la cornée; si, dans un mouvement brusque du globe, la pointe de la lancette ou du bistouri piquait les parties voisines de la pustule, l'inconvénient qui en résulterait, ne tarderait pas à se manifester par l'accroissement de l'irritation, et de l'effet de cette irritation, auquel on avait dessein de remédier. Heureusement la maladie parcourt fort bien ses périodes sans qu'on ait recours à une opération.

Soit que la matière se trouve entre les lames de la cornée, soit qu'elle se trouve épanchée entre cette membrane et l'iris, je ne porte jamais l'instrument dans l'œil d'un très-jeune enfant (obs. 207).

Si on veut faire une incision, il faut au moins choisir un moment favorable, par exemple, l'instant où l'irritation paraîtra diminuée ou suspendue. Aussitôt la petite incision terminée, l'inflammation augmente passagèrement; mais, après cette ouverture artificielle, ou celle qui est due aux seuls efforts de la nature, les douleurs s'appaisent, et on aperçoit un ou plusieurs ulcères.

CHAPITRE II.

Des Ulcères de la Cornée (1).

Ceux qui seront curieux de connaître les noms que l'on donnait autrefois aux ulcères de la cornée, selon la forme qu'ils affectaient et l'apparence qu'ils présentaient, peuvent consulter Aëtius et Actuarius. Notre illustre Ambroise Paré donne une longue et soigneuse nomenclature des maladies des yeux, mais elle est aujourd'hui devenue inutile, au moins en très-grande partie.

L'ulcère de la cornée est une destruction partielle, soit de l'*adnata*, soit d'une ou de plusieurs lames de la cornée. On remarque des variétés dans sa forme, son étendue, sa profondeur, ses apparences et sa gravité, comme on en distingue dans l'intensité et les causes des ophtalmies qui lui ont donné naissance, et dans la marche qui a été suivie par l'abcès dont il a été précédé.

L'ulcère qui est très-superficiel est ordinairement prompt à disparaître. Il y en a cependant

(1) Κόρης ἕλκωσις, ulcère de la prunelle; ὀφθαλμοῦ ἕλκωσις, ulcère de l'œil. Hippocrate.

Argemon. Ulcusculum partem nigri occupans. Aëtius, tetrabibl. serm. III.

Βόθριον. Κοίλωμα. Ἐπίκαυμα. Οὐλὰς. Νεφέλιον. Actuarius, de meth. med. lib. II.

qui, même très-peu étendus, et à peine visibles, tant ils sont peu profonds, montrent beaucoup d'opiniâtreté (obs. 212): leur existence est prolongée par la lecture et toute espèce d'application. Ils sont plus opiniâtres, lorsqu'il existe une prédisposition par l'affaiblissement d'un œil ou des deux yeux, et lorsque ces organes sont sujets à des fluxions (obs. 208).

Ils se reproduisent, et quelquefois ne disparaissent pas entièrement dans les intervalles, lorsqu'il existe un principe spécifique, même peu marqué (obs. 211); à plus forte raison lorsque ce principe est d'une nature très-prononcée, par exemple, dartreux (obs. 209, 210). Une variété assez remarquable, est que les uns paraissent enduits d'une matière blanchâtre semblable à de la craie mouillée, et qu'ils ont les bords légèrement baveux, tandis que d'autres ont leurs bords très-nets, et que leur fond présente la même transparence que les parties saines de la cornée. Celui qui est situé au bord supérieur de la cornée est très-difficile à guérir, parce qu'il est à-peu-près constamment à l'abri de l'action utile de l'air, et toujours mouillé par la liqueur de la glande lacrymale, dont les conduits excréteurs s'ouvrent à la face interne de la paupière supérieure, très-peu au-dessus de la partie de l'œil occupée par cette espèce d'ulcère. Il prend quelquefois une forme demi-circulaire (pl. 26, fig. 1), et, après sa guérison, j'ai vu souvent, pendant

une rechûte, se former un hypopion suivi de la perte de l'œil.

On trouve quelquefois un ulcère long, superficiel et étroit, qui paraît diviser la cornée en deux parties inégales. Voici la manière dont on peut calculer sa formation.

« On sait que la liqueur lacrymale coule constamment, que le mouvement continuel de la paupière supérieure, hors le temps du sommeil, l'étend, pour des usages connus, sur toute la surface du globe, avant qu'elle soit absorbée par les points lacrymaux. Il n'en est pas de même quand nous dormons. Cette liqueur, pour parvenir aux points lacrymaux, est obligée de couler alors dans un canal triangulaire, formé intérieurement par la jonction des paupières et le globe de l'œil. La cornée peut être considérée comme la base de ce canal triangulaire, du moins en forme-t-elle la plus grande partie. (*Voyez planche 13, au trait, y*).

« On voit, par cette structure, que, pendant le sommeil, la portion de la cornée qui sert en partie à former la base du canal que doit enfiler la matière des larmes pour atteindre l'embouchure des points lacrymaux, est la partie de tout le globe de l'œil la plus exposée à l'action de cette matière. S'il arrive donc que la liqueur lacrymale soit chargée de sels âcres, capables de corroder le tissu de la cornée, il ne faut pas s'étonner que l'ulcère qui en sera l'effet, suive,

sur cette membrane, la direction du canal triangulaire, qu'il soit long, étroit, et situé transversalement à une ligne ou environ au-dessous du centre de la cornée, sur-tout si les paupières sont tendues et enflammées.

« Il suit de ces réflexions que, pour éviter un semblable accident, il est bon en général d'avertir le malade de se coucher sur le coté opposé à celui de l'œil affecté, afin que, pendant le sommeil, les larmes séjournent moins dans le canal triangulaire, et soient, par leur propre poids, plutôt déterminées à entrer dans les points lacrymaux (1). »

Je renvoie au chapitre précédent, relativement aux moyens généraux à employer. Je ne prescris pour collyre qu'une infusion légère de fleurs de sureau ou de mélilot, avec addition d'un demi-gros de miel rosat pour un demi-septier, et je conseille de ne point tourmenter les enfants lorsqu'ils se refusent à ces lotions, parce que les larmes qu'on leur ferait verser leur nuiraient plus que le collyre ne leur ferait de bien.

Les fibres rongées de la cornée se régénèrent tout naturellement; il ne s'agit que d'écarter ce qui pourrait troubler le travail de la nature, en combattant d'ailleurs la cause de la maladie, lorsqu'elle est connue.

---

(1) Pierre Demours, traduction des Essais et observations de médecine de la Société d'Édimbourg, tome I.

Ces fibres entamées, dans un ulcère de la cornée, laissent suinter, par l'extrémité rongée, une liqueur lymphatique qui se durcit à l'air, et forme, en se desséchant, une concrétion blanche et opaque, matière de la cicatrice qui succède à ces ulcères. Lorsqu'on emploie des collyres dessicatifs, on racornit les extrémités des fibres rongées, et elles perdent pour toujours leur transparence.

(*Voyez* les obs. 208, 209, 210, 211, 230, 231, 232, et les planches 23, fig. 3; 26, fig. 2.)

CHAPITRE III.

De l'Hypopion, ou abcès dans la chambre antérieure (1).

L'hypopion est l'épanchement, entre l'iris et la cornée, d'une matière quelquefois purulente, et le plus ordinairement puriforme. Elle est le produit, dans le premier cas, d'un abcès ouvert à l'intérieur, qui, presque toujours, a son siége entre les lames de la cornée; et, dans le second cas, elle est fournie, sous forme d'exsudation lymphatique, par cette membrane de la classe des séreuses, qui présente l'aspect d'une lame cartilagineuse, et qui revêt la surface concave de la

(1) Græcis Ὑποφθάλμιον quod latinis *sub oculis* sonat. Aëtius, tetrabibl. serm. III. hypopium ὑπὸ, sub, et πύον, pus.

cornée. Mon père, qui a découvert cette membrane (1), lui a donné le nom de capsule de l'humeur aqueuse, parce qu'il l'a suivie quelquefois assez loin sur l'iris, pour se croire fondé à supposer qu'elle revêt la chambre antérieure et la postérieure; opinion que j'ai toujours partagée, que je conserve, malgré une autorité grave très-récente, et dans laquelle j'ai été confirmé par ce passage de Bichat : *Toute membrane séreuse représente un sac sans ouverture....* (2). Ne peut-on pas ajouter qu'on lui donne un usage bien plus étendu, en supposant qu'elle contient la totalité de l'humeur aqueuse, qu'en la regardant comme s'étendant seulement sur l'iris, près du bord externe de cette membrane.

On a donné le nom d'*empyème* de l'œil à l'hypopion, lorsqu'il est porté au dernier degré de violence, que la matière puriforme ou purulente se trouve, non-seulement devant, mais encore derrière l'iris, et qu'elle est fournie par des abcès situés à la face postérieure de cette membrane, et même au-delà de son cercle externe, derrière la sclérotique (obs. 223, tome II, p. 377.).

Un degré violent d'ophtalmie, une blessure, un coup, un vice spécifique, comme le scrophule, la syphilis, en un mot, tout ce qui dérange la circulation dans les vaisseaux déliés du globe, peuvent

---

(1) Lettre à M. Petit, 1767. Journ. de Méd. novembre 1770.

(2) Traité des membranes, page 77.

donner lieu à cet épanchement, sans même, en certains cas, qu'il y ait une phlegmasie extérieure très-apparente.

La cause la plus ordinaire est l'extension de la phlegmasie, des membranes extérieures aux membranes intérieures du globe. Dans ce cas, la matière épanchée est ordinairement puriforme.

Souvent aussi un abcès de la cornée s'ouvre dans la chambre antérieure, et la matière est alors purulente; si l'abcès s'ouvre en dehors, il en résulte un ulcère.

Je vois bien moins souvent l'hypopion causé par la violence de l'ophtalmie, que par les fautes de régime, par l'application de topiques contraires, comme cataplasmes, pommades et lotions chaudes avec des collyres actifs, par l'usage des infusions trop fortes, sur-tout par l'emploi des vomitifs pendant l'état aigu de l'ophtalmie très-grave. L'effet des soulèvements de l'estomac n'est jamais douteux lorsqu'il y a déja un commencement d'épanchement. On le voit augmenter pendant que le malade vomit, comme on le voit diminuer pendant que le sang coule par une saignée faite au pied.

Durant la période aiguë d'une ophtalmie, même peu grave d'ailleurs, si le malade se plaint d'une grande difficulté à supporter l'impression de la lumière; si une forte douleur à l'œil et à la tête se joint à ce symptôme, et que l'on aperçoive un nuage avec un point blanc dans la cornée, cette

membrane peut, d'un moment à l'autre, être ouverte, et donner issue à l'humeur aqueuse; l'abcès, qui se forme, peut aussi s'ouvrir dans la chambre antérieure.

La figure 1, planche 29, représente le premier degré de la maladie ou l'*onyx*, ainsi nommé à cause de sa ressemblance avec cette tache blanche que l'on voit à l'origine des ongles. La quantité de la matière épanchée est augmentée dans les deux figures suivantes.

Les phénomènes qui accompagnent cette complication de l'ophtalmie ne peuvent être les mêmes dans tous les cas; ils sont soumis à une foule de circonstances.

Souvent il y a une liaison sympathique entre l'épanchement et une douleur à la tête (observation 214).

Lorsqu'il ne s'agit que d'un épanchement lymphatique, on le voit quelquefois remplir la presque totalité de la chambre antérieure, et la résolution s'en fait lentement, mais complétement (observation 213).

J'ai vu la matière se former souvent, et se dissiper alternativement d'elle-même chez la même personne, et la vue se rétablir, même dans un œil qui antérieurement avait été gravement affecté (obs. 216).

Des cataplasmes émollients, non-seulement donnent fréquemment lieu à la formation de

l'hypopion, ou augmentent cet épanchement, mais encore préparent la rupture de la cornée, en diminuant son ressort (obs. 218).

La matière épanchée entre l'iris et la cornée peut être aisément distinguée de celle qui s'épanche entre les lames de cette dernière membrane. Dans le premier cas, par sa pesanteur spécifique, elle s'amasse à la partie la plus déclive de l'œil, en sorte que le pus se réunirait, par exemple, vers le bord externe de la cornée, si l'œil droit, étant le siége de l'épanchement, le malade se trouvait couché sur ce côté.

Lorsque je dessinai l'œil de M. D***, sujet de l'observ. 219, il était couché sur son lit, avait la tête un peu élevée, et appuyée sur sa main droite (pl. 30, fig. 1). On voit la matière amassée entre l'iris et la cornée au point où cette position devait la réunir. Un dépôt avait lieu entre les lames de la cornée, mais plus près de sa face concave que de sa face convexe. Deux phénomènes bien rares se présentaient pendant la durée de cet hypopion; on voyait une petite déchirure à l'iris, et un peu de sang dans l'abcès de la cornée. La figure rend littéralement ces effets, ainsi que les traces que le pus laissait apercevoir à travers cette membrane, en tombant, depuis l'abcès qui le fournissait, jusqu'au point où il s'amassait, et d'où il était résorbé par la circulation perpétuelle de l'humeur aqueuse. Ces traînées ressemblaient beaucoup, si l'on me permet cette comparaison,

aux rayons que l'on voit à l'horizon, lorsqu'il pleut à l'ouest, à une certaine distance, vers l'heure du coucher du soleil.

Il est bien difficile de faire connaître, dans un livre, les cas où il faut inciser la cornée, pour donner issue à la matière épanchée, et ceux, beaucoup plus nombreux, où l'on peut, non-seulement se dispenser de cette opération, mais encore où l'on doit s'en abstenir, dans la crainte de nuire. Il n'y a que l'expérience qui puisse faire connaître exactement si l'on doit opérer, et le moment favorable à l'opération.

S'il ne s'agit que de soulager de violentes douleurs, et d'obtenir l'atrophie du globe dans le cas d'empyème, lorsqu'on juge l'œil perdu sans retour, il y a moins à hésiter (obs. 222); cependant les moyens généraux, notamment des saignées du pied, et des cataplasmes émollients, sont quelquefois préférables pour atteindre ce but.

Quant aux douleurs, elles sont difficiles à supporter à la vérité, mais c'est en général leur seul inconvénient.

Depuis que j'ai recueilli l'observation 223, je me suis souvent abstenu de porter le bistouri dans l'œil, même dans le cas d'empyème.

Lorsque je crois devoir donner issue à la matière amassée au-devant de l'iris, je suis dans l'usage de consulter le degré de vitalité resté à la cornée. Quelquefois cette membrane est tellement ramollie par les accidents qui ont précédé l'épan-

chement, que l'opération compromettrait l'art sans avantage pour le malade, dont le globe suppure ensuite presque sans aucun secours. Je n'incise jamais la cornée des enfants au-dessous de douze ans (obs. 207).

J'ai par centaines, dans mon Journal, des observations analogues à la suivante, que l'on doit à mon collégue, M. Léveillé (1).

« Dans les premiers jours du printemps de 1806, mademoiselle D***, âgée de sept à huit ans, était tourmentée, depuis près de six semaines, d'une ophtalmie de l'œil gauche. Elle avait en outre une petite fièvre assez régulière, pour laquelle elle prit une infinité de remèdes. On avait déja beaucoup fait pour son inflammation de l'œil, lorsqu'on s'aperçut d'une tache blanche dans le bas de la cornée. Les purgatifs, les topiques, furent sans succès pour la faire disparaître, et la fièvre ne cessait de tourmenter la malade. Les parents prirent le parti de faire le voyage de Paris, dont ils n'étaient éloignés que de soixante lieues. La malade soutint très-bien la chaise de poste; et je fus consulté dès le lendemain de l'arrivée. Je reconnus un hypopion; et je vis, en même-temps, que le voyage avait fait du bien, par cela même que l'on n'avait pris aucun remède, et qu'on avait

---

(1) Traité-pratique des maladies des yeux, par Ant. Scarpa, tome II, page 32, 2e édit.

fait beaucoup d'exercice. Dès-lors mon indication fut facile à saisir : je fis bassiner souvent l'œil avec du vin chaud ; je fis boire trois fois dans la journée une tasse d'apozèmes de quinquina. Chaque jour on prenait l'exercice de la promenade autant que la saison le permettait. J'eus la satisfaction de voir l'appétit revenir, la fièvre disparaître, les forces se relever, et en moins de dix jours il n'y avait plus vestige d'hypopion. Cette marche de traitement me devenait d'autant plus facile à saisir, que, malgré la rougeur de la conjonctive, il n'y avait aucune douleur ; ce qui dénotait, à ne s'y pas méprendre, une atonie contre laquelle il était facile de prescrire des remèdes, tels que ceux auxquels j'ai cru devoir me fixer. »

Je ne prescris rien à employer localement aux enfants qui sont dans le même cas que celui dont parle M. Léveillé. J'emploie le traitement général le plus simple possible, et des vésicatoires entretenus avec douceur par le moyen de la pommade au garou : j'ai soin de les faire changer de place dès que le tissu cutané en est trop irrité, et j'évite scrupuleusement l'emploi des cantharides, qui, dans les cas d'épanchement, m'ont toujours paru produire un mauvais effet.

La cornée s'ouvre quelquefois d'elle-même (obs. 221), et l'œil conserve le plus ordinairement sa forme, malgré cette rupture spontanée qui est nécessairement suivie de cicatrice apparente, et souvent de désordres dans l'iris.

J'ai réussi en ouvrant la cornée (obs. 65 et 217), et quelquefois j'ai évité de le faire dans des cas où cette incision semblait indispensable (obs. 213).

Après un examen réfléchi de toutes les observations que j'ai par-devers moi, je crois que l'on peut admettre dans la pratique les propositions suivantes :

Il faut s'efforcer de prévenir la formation de l'hypopion, par les moyens généraux, pendant la période aiguë de l'ophtalmie, notamment par l'emploi de la saignée du pied.

S'il est formé, il faut insister sur ces mêmes moyens, tenir le malade à la diète, et ne pas se presser d'inciser la cornée, dont l'affaissement passager interrompt l'action du système absorbant du globe.

On ne doit jamais inciser la cornée d'un enfant très-jeune.

Si on se détermine pour l'incision, il faut lui donner les deux tiers de l'étendue de celle que l'on pratique pour extraire la cataracte, et la faire à-peu-près au même point de la cornée. Enfin on doit moins balancer à l'exécuter, lorsque la cause de la phlegmasie de l'œil a été transportée sur cet organe par voie de métastase, après avoir causé dans d'autres parties des dépôts qui se sont ouverts.

Dans les cas où j'éprouve de l'incertitude, je prends quelquefois pour guide la règle suivante, que je me suis faite pour mon usage, mais qui est susceptible d'exceptions.

J'incise la cornée, quand la formation de la matière a eu lieu d'abord, et qu'il s'est déclaré ensuite des douleurs par irradiations, qui semblent partir du globe et s'étendre de ce point aux bords de l'orbite, au front, au sommet de la tête, et à d'autres parties; quand, en un mot, on peut supposer que la présence de la matière, formant corps étranger, est la cause d'accidents symptomatiques, lesquels à leur tour peuvent entretenir et augmenter l'épanchement.

Je m'abstiens presque toujours de cette opération, ou du moins je la diffère long-temps, quand l'épanchement paraît, en quelque sorte, la crise des céphalalgies et des douleurs qui se font sentir, avec élancements, aux environs de l'orbite, et je dirige tous mes efforts contre cette cause, qui continue à exciter de nouveaux épanchements de matière, après l'évacuation qu'on en a faite, lorsqu'on procure prématurément sa sortie, c'est-à-dire avant d'avoir suffisamment combattu l'état de phlegmasie des parties propres et des parties externes du globe, ainsi que les autres symptômes qui accompagnent la maladie, comme l'embarras gastrique, etc. C'est sur-tout lorsque l'ophtalmie a produit un épanchement, que l'on a occasion de vérifier combien est fondé l'aphorisme du père de la médecine. *Ophtalmiâ laboranti alvi profluvio corripi bonum.* Cependant il faut attendre, pour saisir cette indication, que l'éréthisme soit diminué : quelquefois il est peu considérable, sur-

tout lorsque l'épanchement est moins dû à la violence de la phlegmasie qu'à l'emploi de topiques nuisibles.

Je donne ordinairement, par préférence, depuis deux jusqu'à quatre onces de tamarins dans du petit lait.

On peut y revenir après deux ou trois jours, et même plutôt, si la première dose n'a pas suffisamment évacué. On se trouve bien aussi de l'emploi des lavements laxatifs.

On n'est point d'accord dans les consultations; les uns veulent ouvrir la cornée; les autres s'y opposent (*voyez* tom. II, pag. 135). Chacun juge la question d'après les résultats dont il a eu occasion d'être témoin.

Il m'a paru, dans un nombre considérable de cas, que lorsqu'on a obtenu un heureux résultat de l'incision de cette membrane, c'est que le système absorbant n'avait point été assez désorganisé pour qu'il eût existé un véritable danger, et dans ce cas l'œil se serait rétabli sans le secours de l'opération; quand, au contraire, l'incision a échoué, il faut s'en prendre à la gravité des accidents, qui aurait suffi pour entraîner la perte de l'organe, si on n'eût point tenté l'opération; j'ai inféré de ces observations que, dans les cas d'hypopion, on devait beaucoup plus compter et insister sur l'emploi des moyens généraux, que sur le moyen particulier de l'incision.

Pour combattre la phlegmasie qui donne lieu à l'hypopion et obtenir la résolution de la matière épanchée, les saignées du pied tiennent le premier rang; ensuite viennent celles de la jugulaire, les applications de sangsues à la paupière inférieure, à la tempe, ou derrière les oreilles, les vésicatoires à la nuque ou entre les épaules, les laxatifs, les lavements purgatifs, la diète, d'abord austère, et tous les moyens antiphlogistiques.

Souvent, après une saignée du pied et l'application à la nuque d'une forte pommade au garou, que je fais laisser en place sans pansements et sans ouvrir les vésicules qu'elle a soulevées, je me contente des moyens suivants. Un ou deux laxatifs avec la pulpe de casse, en ajoutant, s'il est nécessaire, un peu de manne; n'étuver l'œil qu'un petit nombre de fois dans la journée, à l'aide d'un linge fin ou d'une petite éponge, avec une décoction de laitue ou une infusion de fleurs de mauve presque froide; ne jamais se servir d'une œillère pour le baigner; faire tous les sacrifices nécessaires afin de se procurer de bonnes nuits; recourir même à de nouvelles saignées du pied, si elles paraissent indispensables pour remplir cette indication, le sommeil étant une cause, comme une annonce d'amélioration; de petites promenades en voiture ou à pied, en observant de les faire lorsque le soleil est prêt à se coucher, si l'œil est très-sensible à

l'impression de la lumière; un choix scrupuleux d'aliments, les mauvaises digestions donnant toujours lieu à une augmentation de l'épanchement; si le malade ne peut pas sortir, le faire passer souvent d'une chambre dans une autre; entretenir avec le plus grand soin l'action du système dermoïde, en garantissant également le malade et d'un froid trop vif, et d'une chaleur trop forte; une chambre trop échauffée est pernicieuse, et souvent même la cause la plus active qui s'oppose à la guérison. Il ne faut point de conversation bruyante auprès du malade, qui doit très-peu parler. Il est de la plus grande importance d'écarter de lui tout sujet de trouble, et que l'œil éprouve plus ou moins l'action bienfaisante de l'air, seul collyre auquel je me borne souvent, comme moyen extérieur, en prescrivant seulement de plus, l'usage d'un peu d'eau commune. Il est aisé de concevoir qu'il ne s'agit ici que d'une action modérée de l'air, et non de l'impression d'un vent piquant et froid, dont il faudrait mettre l'œil à l'abri, en le couvrant d'un linge, pendant ces courtes promenades, que je mets au nombre des moyens les plus puissants à employer pour donner de l'action au systême absorbant, diminuer la phlegmasie du globe, faciliter les digestions, distraire le malade, le disposer au sommeil, et au total améliorer sa santé.

C'est en effet à l'entretien de la santé ou à son

rétablissement, si elle a été dérangée, que tient essentiellement la guérison ; ce qui exclut les moyens douloureux, comme pansements actifs de vésicatoires, douches sur l'œil, etc.

C'est sur-tout chez les enfants que l'on voit promptement augmenter la maladie par le trouble qu'occasionnent, dans l'exercice de leurs fonctions, la douleur, et sur-tout les larmes qu'elle leur arrache.

Il m'est arrivé plus d'une fois de me passer de vésicatoire, ou de me contenter du plus léger écoulement dans le traitement d'un hypopion, sous la seule condition que la mère soignât elle-même son enfant, et qu'elle le fît coucher auprès d'elle, pour éviter les cris qu'une domestique pourrait lui laisser jeter.

Lorsque l'hypopion devient chronique, et qu'après la disparition de la phlegmasie qui lui a donné naissance, la matière reste stationnaire, la question est à-peu-près la même, et j'évite autant que possible d'inciser la cornée.

Si la matière s'est fait jour à travers cette membrane, qu'il y ait affaissement par la sortie de l'humeur aqueuse et une ouverture ulcérée, je me garde bien d'y porter le nitrate d'argent fondu. Entraîné par de graves autorités, j'ai fait usage de ce procédé; mais je n'en ai jamais vu de résultat favorable, soit qu'il ait été employé par moi ou par d'autres.

Si l'ouverture spontanée de la cornée, qui a lieu

dans quelques cas, paraît jusqu'à un certain point prouver en faveur de l'incision de cette membrane, il y en a nombre d'autres où l'on reconnaît trop tard qu'on pouvait l'éviter, comme, par exemple, ceux où la matière très-visqueuse ne sort point; et alors l'incision a été inutile. J'ai vu, sur les deux yeux des mêmes sujets, la matière sortir à un œil, et ne pas sortir à l'autre (obs. 65). A la vérité, les vaisseaux développés dans l'épaisseur de la cornée ont été ouverts et dégorgés; mais cet avantage est plus que balancé par l'inconvénient de l'irritation, résultat de l'incision; et par l'inconvénient plus grand de donner à la nature un surcroît de travail, et d'obliger, pour ainsi dire, la vitalité de ces parties délicates, toutes en action pour la résorption de la matière épanchée, à fournir encore à une cicatrice.

CHAPITRE IV.

De la procidence de l'Iris (1).

Pour qu'il y ait procidence ou hernie de l'iris,

---

(1) Τῆς κόρης μετακίνημα, prunelle qui a changé de place. Hippocrate.

Myocephalus. Aëtius tetrabibl. serm. III. *Uveæ tunicæ procidentia.* Ἧλος. Actuarius, de methodo med. lib. II. *Staphyloma clavus.* Celse, l. VII, ch. VII. Cératocèle. Sauvages. Nosologie, tome II, page 180.

il faut tout-à-la-fois que la cornée ait été ouverte par un abcès ou par une blessure, que les bords de l'ouverture soient restés écartés, et qu'une irritation intérieure, une phlegmasie, une espèce de turgescence des membranes du globe, ait poussé la membrane flottante à travers la membrane transparente, dont le tissu a éprouvé une solution de continuité; souvent, en effet, il y a fistule à la cornée, ou division accidentelle de cette membrane, et l'iris ne se présente point. Parmi les causes les plus ordinaires de cet accident, on peut compter les topiques qui ont été employés avant son apparition.

On appelle *myocéphalon*, ou tête de mouche, la hernie peu considérable de l'iris, qui présente réellement cette apparence (pl. 32, fig. 2 et 3).

On a donné le nom de *hélos* à celle qui ressemble à la tête d'un clou (pl. 33, fig. 2).

Et celui de *mélon* à la protubérance de l'iris accompagnée de celle de la cornée (planche 60, fig. 2).

L'iris ne saurait sortir à travers la cornée, ou même adhérer à sa face concave, sans que la pupille soit allongée vers ce point.

La procidence de l'iris, qui se manifeste par une petite tumeur noirâtre, est donc toujours accompagnée de l'irrégularité de la pupille (*voy.* pl. 32, fig. 2 et 3; pl. 33, fig. 1; pl. 35, fig. 1 et 3; pl. 36, fig. 1, 2 et 3). L'examen de ces figures fera mieux

connaître les différentes apparences que présente cette maladie, que tous les détails dans lesquels je pourrais entrer. La petite portion de l'iris, pincée entre les lèvres de l'ouverture de la cornée, s'atrophie et se perd peu-à-peu; mais, pendant que les fibres rongées se régénèrent et que l'ouverture tend à se fermer, cette petite tumeur herniaire fait l'office d'un bouchon, et s'oppose à la sortie de l'humeur aqueuse, dont la présence est si nécessaire dans le globe pour que la circulation se rétablisse, et que, par son action, les désordres survenus puissent être réparés.

On est dans l'usage d'exciser l'iris plus ou moins près de la surface de la cornée, et les uns appliquent ensuite des remèdes astringents, les autres cautérisent avec le nitrate d'argent fondu. Quelques praticiens emploient ce dernier moyen sans excision préalable, à laquelle ils ne recourent que lorsque la hernie est ancienne.

Après de nombreux essais, je me suis aperçu que tout ce qui provoquait l'augmentation de la phlegmasie était nuisible, que l'on devait, sans s'arrêter à cet épiphénomène, s'attacher à combattre les causes qui lui ont donné naissance; en un mot, qu'il ne fallait rien faire à la hernie de l'iris, quelle que soit la cause qui lui ait donné lieu, et que les efforts seuls de la nature, lorsqu'ils n'étaient point contrariés, suffisaient pour la faire disparaître en quelques semaines

ou en quelques mois, selon sa situation, son volume, et la gravité des causes qui lui ont donné naissance (obs. 230 et 269).

Un domestique de Madame de Saint-F***, homme marié et d'une conduite très-réglée, eut, à l'œil droit, en août 1815, une ophtalmie à laquelle on ne put reconnaître aucune cause évidente, comme cela arrive si souvent. La phlogose, sans être très-vive, fut assez forte pour exciter des céphalalgies nocturnes, et donner lieu, le dixième jour, à un très-petit abcès à la cornée, un peu au-dessous de la pupille. Il était circonscrit; on ne voyait point de nuage autour du point qu'il occupait : cependant il perça la cornée, et l'iris sortit. L'œil est représenté par la figure 3, planche 32. J'ai continué à m'occuper de l'ophtalmie, sans rien faire au myocéphalon, qui a disparu peu-à-peu. Il n'en reste qu'une adhérence presque imperceptible de l'iris à la cornée; la pupille n'est que très-peu allongée vers ce point, et la cicatrice de la cornée est à peine sensible. J'engage le lecteur à comparer avec ce résultat celui que le sujet de l'observation 230 (pl. 36, fig. 2 et 3) a obtenu par l'application du nitrate d'argent fondu. La plus forte portion de la partie saillante de l'iris est, à la vérité, destinée à être détruite, à disparaître, par atrophie; mais, en s'évanouissant, elle a atteint le but de la nature, qui a été de fournir, comme je l'ai dit plus haut, un bouchon passager, mais bien utile, à

l'ouverture de la cornée. Pour moi, une guérison obtenue par le nitrate d'argent fondu, est une guérison obtenue malgré l'emploi de ce caustique. La nature est si habile! Elle résiste avec tant d'énergie à l'action des mauvais moyens! Les occasions de faire cette réflexion ne se présentent que trop souvent.

J'ai la conviction que, lorsque la hernie a été considérable, et que les suites en ont été fâcheuses, on n'aurait point obtenu un résultat plus favorable, quand on eût employé, soit un des moyens en usage, soit un de ceux qui, depuis long-temps, ont été abandonnés. La sortie de l'iris, par l'effet d'une blessure très-grave, est souvent suivie de la fonte du globe, qui a lieu sans qu'il soit nécessaire d'employer aucun moyen relatif à la hernie elle-même (obs. 270).

Voyez un Mémoire de mon père sur l'adhérence de l'uvée (ou iris) à la cornée, imprimé à la fin du tome I de sa traduction *des Essais et Observations de Médecine* de la Société d'Édimbourg.

Si un abcès à la cornée a détruit la plus grande partie de l'épaisseur de cette membrane, on voit quelquefois le fond de l'ulcère s'élever, et donner lieu à une fausse phlyctène ou tumeur transparente formée par la hernie de la partie non rongée de la cornée. (*Voyez* l'obs. 224, la pl. 34, fig. 3, et l'obs. 184)

Dans quelques cas, cette petite protubérance

est due à la membrane seule de l'humeur aqueuse, lorsque toute l'épaisseur de la cornée a été détruite jusqu'à cette membrane séreuse, qui en revêt la concavité. Une opinion d'un grand poids, contraire à cette vérité, a été émise dans ces derniers temps; mais, quelque rare que soit cette maladie, je l'ai rencontrée un assez grand nombre de fois pour être convaincu qu'elle existe, indépendamment de ce que le corps vitré se présente quelquefois avec une transparence analogue, dans une ouverture faite à la cornée, notamment à la suite de l'opération de la cataracte par extraction.

Dans le cas de cette petite hernie transparente de la membrane de l'humeur aqueuse, la pupille n'est point ou n'est que très-peu allongée. Quelquefois, mais rarement, je l'ouvre avec la pointe d'une lancette, et j'applique un bandage légèrement compressif (pl. 57, fig. 2). Je m'en abstiens le plus souvent, sur-tout lorsque je crains d'augmenter l'inflammation de l'œil, augmentation qui a lieu moins par la compression que par la privation de l'action de l'air.

Lorsque je ne l'ouvre point, je n'y fais rien de particulier : je me contente de redoubler de vigilance et de soins pour combattre la cause première, et écarter tout ce qui pourrait retarder la régénération des fibres rongées de la cornée, dont la reproduction fait peu-à-peu disparaître la vésicule.

Quelquefois une blessure, faite à la sclérotique par un instrument pointu, donne lieu à une hernie de la choroïde (obs. 285). Je ne l'ai point trouvée plus rebelle que celle que forme, dans certains cas, l'iris à travers la cornée. J'en ai vu disparaître sans aucun traitement.

CHAPITRE V.

De la Fistule de la Cornée.

Lorsque la cornée a été percée par un abcès, et que l'humeur aqueuse s'est écoulée, il y a fistule, et on peut faire plier le globe sous le doigt à travers une des paupières (pl. 35, fig. 1). C'est en exerçant cette légère pression, et par l'absence de l'humeur aqueuse, que l'on s'assure de l'existence d'une ouverture fistuleuse à la cornée. Pendant cette expérience qu'on ne doit point répéter inutilement, on voit la pupille s'allonger un peu, et l'iris, la cornée, et même la sclérotique, former quelques légers plis.

Cette fistule a pour cause la plus ordinaire l'emploi de topiques contre-indiqués pendant la durée de l'abcès qui l'a précédée. Elle arrive surtout quand on a fait couvrir l'œil malade avec des compresses imbibées de collyres relâchants, ou qu'on a abusé des cataplasmes émollients. Je ne saurais trop répéter que quand l'iris se présente et sort par la fistule, ou même que, sans sortir, elle devient adhérente aux bords de cette ouver-

ture, elle fait fonction de bouchon par un bienfait particulier de la nature, et s'oppose à la sortie ultérieure de l'humeur aqueuse ; ce qui infirme la pratique de ceux qui cautérisent la partie saillante, partie dont la destruction donne lieu à de nouvelles effusions de l'humeur aqueuse à travers l'ouverture de la cornée (obs. 230).

Une des causes les plus fréquentes de cette fistule est l'abus des bains oculaires dans des collyres, d'ailleurs indiqués, mais employés trop long-temps ou à un degré de chaleur trop considérable pendant la durée des abcès de la cornée.

J'ai rejeté de ma pratique, dans le plus grand nombre de cas des maladies du globe, l'usage de l'œillère. Je n'aime point l'immersion de l'œil. Ceux qui interrogeront leurs malades à ce sujet les trouveront tous d'accord avec moi. Étuver avec une éponge très-fine ou avec un linge est bien préférable. C'est sur-tout dans les cas d'abcès que l'abus des bains de l'œil nuit d'une manière directe, en diminuant le ton, l'élasticité propre, la vitalité, pour ainsi dire, de la cornée, et en préparant l'injection pathologique des vaisseaux les plus déliés, comme on prépare le succès de l'injection artificielle, en plongeant, après la mort, certaines parties dans de l'eau chaude, pour faire parvenir plus exactement les injections anatomiques dans les derniers vaisseaux.

L'art ne peut rien pour la guérison de cette

maladie. Comme il ne s'agit que de la régénération des parties détruites, la nature y pourvoit constamment, lorsque son travail n'est pas troublé, soit par l'emploi de moyens nuisibles, soit par des vices spécifiques, ou enfin par la durée de la phlegmasie, cause première de la fistule. On ne peut apporter trop de soins pour combattre ces causes perturbatrices; et, quand on a le bonheur de les écarter, on voit communément l'ouverture fistuleuse se fermer, et le globe, tendu de nouveau, reprendre sa fermeté naturelle.

Quelquefois l'iris contracte adhérence aux bords de la plaie cicatrisée, et alors la pupille reste plus ou moins allongée vers ce point (*voyez* l'obs. 230, et la pl. 36, fig. 3).

D'autres fois il ne subsiste aucune adhérence entre la cornée et l'iris, en sorte que la pupille redevient parfaitement ronde.

Lorsque la cornée a été percée par un abcès, qu'il y a eu fistule, sur-tout lorsqu'elle a duré long-temps, il faut recommander au malade beaucoup de précautions, l'avertir qu'une rechûte pourrait ramener le même accident, et qu'il doit réclamer les secours de l'art à l'apparition de la plus légère phlegmasie, sur-tout du plus petit point obscur formé dans la cornée (*voy.* l'obs. 85, et la pl. 35, fig. 2). Une saignée du pied convient alors presque toujours: on y supplée par une application de sangsues sur un pied, s'il y a ob-

stacle à l'exécution de la saignée, ou s'il s'agit d'un très-petit enfant.

Je me trouve bien, lorsque la cicatrice de la cornée a de la peine à se faire, après la diminution de la phlegmasie, de prescrire au malade l'usage d'aliments en petite quantité, mais contenant beaucoup de sucs nourriciers sous un petit volume, tels que le gibier non faisandé, le pigeon, le mouton, un peu de vin vieux. Il est très-utile, pour obtenir cette cicatrice, de laisser l'œil libre, et de l'exposer à l'action d'un air tempéré pendant quelques promenades à pied ou en voiture; elle doivent être répétées dans la journée, mais très-courtes. L'usage d'un garde-vue est utile, et il est indispensable d'éviter tout ce qui pourrait accélérer outre mesure la circulation, comme une agitation morale, une marche forcée, l'exercice du cheval, une digestion pénible.

Lorsque la fistule s'ouvre de nouveau, le malade en est ordinairement averti par un petit bruit, suivi de l'écoulement de l'humeur aqueuse. Il doit dans ce cas soigneusement remarquer ce qui a donné lieu à cet accident, afin d'éviter, dans les jours suivants, tout ce qui pourrait le renouveler.

Un des plus graves inconvénients de la fistule de la cornée, c'est que le long écoulement de l'humeur aqueuse tenant les différentes parties du globe dans un état d'affaissement qui s'oppose au rétablissement complet de la circulation, il

résulte, à la fin, de la prolongation de la maladie, une diminution de volume de ces différentes parties, et, dans quelques cas, cette perte de substance va jusqu'à l'atrophie partielle ou totale de l'œil.

CHAPITRE VI.

Des Lésions de la forme du Globe.

Le nom de *staphylôme* (1) appartient d'une manière plus particulière aux dilatations de la cornée, qui, amincie dans une ou plusieurs parties, ou dans la totalité de son étendue, forme une ou plusieurs protubérances, dans lesquelles l'humeur aqueuse et l'iris se trouvent poussées par la pression continuelle des muscles du globe.

On remarque à quelques cornées plusieurs élévations ou bosses, qui présentent l'aspect d'une petite grappe de raisin ; de-là le nom de staphylôme : on a étendu ce nom à la protubérance de la sclérotique, quelquefois même à la sortie de l'iris, à travers une ouverture faite à la cornée : il vaut mieux nommer, avec Galien, cette dernière lésion, procidence de l'iris.

Pour bien comprendre la formation du staphy-

(1) Ὄψις διὰ τῆς ῥωγμῆς ὑπερέχουσα, prunelle qui avance par l'œil rompu. Hippocrate.

Σταφύλωμα de ςαφυλὴ, *uva*, grappe de raisin. Paul. AEgineta, lib. VI, cap. XIX.

lôme de la cornée, on peut prendre la vessie d'un animal, la remplir d'eau, et après l'avoir liée solidement, détruire, dans un point plus ou moins étendu, et par un procédé quelconque, une partie des couches membraneuses dont elle est composée. On pressera ensuite cette vessie, et on verra une protubérance se former à l'endroit affaibli.

Si donc un abcès, une blessure, ou toute autre cause d'affaiblissement local, comme l'abus des topiques relâchants, une phlegmasie chronique, ou un épanchement lymphatique, a ôté à la cornée son élasticité naturelle, en diminuant la force de sa texture dans un ou plusieurs points de son étendue, il existera une des conditions requises pour la formation du staphylôme.

On a proposé différentes explications de la cause dont l'effort tend continuellement à distendre la cornée affaiblie. Après la dissection d'un grand nombre d'yeux qui avaient été désorganisés pendant la vie des sujets par différentes maladies, et après les recherches les plus assidues sur des yeux vivants et staphylomateux, je suis resté convaincu que la pression constante des muscles du globe contribue, il est vrai, à produire cet effet, mais que, dans l'état actuel des connaissances, on doit reconnaître quelque analogie entre la force qui dilate soit la cornée, en particulier, dans le staphylôme, soit la cornée avec la sclérotique dans l'*hydrophtalmie;* et la force qui dilate quelquefois le sac lacrymal lorsque le conduit

nasal est obstrué (*Voyez* ci-dessus, page 140.).

Dans mon opinion, lorsqu'il y a distension partielle ou totale, elle a lieu parce que, l'équilibre étant rompu entre l'action du système lymphatique absorbant du globe et celle du système qui lui fournit ses humeurs transparentes, ces dernières, par leur afflux continuel, font un effort constant dont l'effet est d'autant plus grand de dedans en dehors, que la puissance absorbante est plus affaiblie.

Plus l'âge est tendre, plus le sujet est exposé à cette maladie pendant les engorgements qu'il éprouve à la cornée, à cause de la mollesse, de la laxité, et de l'épaisseur de cette membrane, dans les premiers temps de la vie (1).

Le célèbre professeur Scarpa a remarqué que, dans les injections fines de la tête, si la matière injectée s'extravase en trop grande abondance dans le globe de l'œil, la cornée comprimée d'arrière en avant se soulève sensiblement vers les paupières dans un cadavre d'enfant; effet qu'on n'observe pas dans les yeux des adultes (2).

Les matériaux que j'ai dans mes journaux, au sujet de cette maladie, sont innombrables. Mon père était particulièrement consulté pour les ma-

---

(1) Angeli commentatio med. de oculo. Erlangæ, 1802.

(2) Ouvrage cité, traduction de M. l'Éveillé, tome II, p. 186.

ladies de la cornée, et cela de tous les points de la France et de l'Europe.

Jenner n'avait pas encore, par son immortelle découverte, préparé la destruction d'un des plus terribles fléaux du genre humain : l'inoculation même de la petite vérole n'était pas, à beaucoup près, généralement pratiquée. Cette affreuse maladie était, pour les taches et les staphylômes de la cornée, une source féconde qui heureusement tarit tous les jours (*Voyez* ci-dessus, page 278).

J'avais recueilli, sur cette affection, beaucoup de faits pour les publier ; mais je n'en donnerai qu'une partie : simplifier, c'est perfectionner. Je me contenterai de faire connaître, par des figures, quelques-uns des différents aspects de la maladie, et on verra que, pour moi, le traitement en est bien simple.

Souvent la protubérance de la cornée est seulement partielle; ce staphylôme se présente le plus ordinairement dans l'étendue de sa moitié inférieure (pl. 58, fig. 1, 2, 3.).

Quelquefois elle est double (pl. 59, fig. 1.).

Lorsque la tumeur est très-volumineuse, la sclérotique participe à la dilatation ; il y a alors staphylôme de la cornée, et amincissement de la partie antérieure de la sclérotique, qui se trouve évasée en proportion de l'étendue acquise par le diamètre de la cornée. J'ai vu de ces tumeurs si volumineuses, que les paupières ne pouvaient plus les recouvrir.

Ce sont alors pour la plupart de véritables hydropisies de l'œil. La cornée, dans certains cas, disparaît presque entièrement, ou du moins devient tellement opaque, qu'on en discerne à peine les traces (pl. 62, fig. 1.).

Parmi le grand nombre de dessins que j'ai pris des diverses formes sous lesquelles se présente cette lésion organique, j'ai choisi, pour les publier, ceux qui la montrent avec les apparences qu'elle présente le plus ordinairement dans la pratique (*voyez* les pl. 57, fig. 1, 3; 58, fig. 1, 2, 3; 59, fig. 1, 2, 3; 60, fig. 1, 2, 3; 61, fig. 1, 3; 62, fig. 1, 3; 63, fig. 1; 64, fig. 2.).

Le fils de M. S***, âgé de douze ans, dont l'œil est représenté, pl. 59, fig. 1, avait deux protubérances ou staphylômes de la cornée. L'histoire de cette maladie, consignée dans le Journal de mon père, ne présente rien de particulier, sinon que la maladie fut attribuée à l'abus du fromage mou, en cataplasme, dont l'enfant avait fait usage pendant cinq mois, presque sans interruption. L'œil était dans le même état, plusieurs années après. Mon père avait conseillé de n'employer aucun moyen extérieur. C'est le meilleur conseil que l'on puisse donner dans la plupart de ces cas malheureux, lorsqu'il n'y a point de douleurs, et que la protubérance ne gêne point les fonctions de l'œil sain.

Quand il existe un staphylôme à la cornée ou à la sclérotique, lors même que la vue d'un œil

est seulement diminuée par un leucoma, ou par quelque désordre dans l'intérieur, non-seulement on doit prendre beaucoup de précautions pour le mettre à l'abri des accidents de tout genre, et se servir de l'autre œil avec ménagement; mais encore lorsqu'il arrive à l'œil malade le plus léger échec, il faut apporter une grande surveillance, et redouter pour ce dernier œil une tendance vers la désorganisation.

En effet, dans ces cas, un coup, même léger, qui aurait peu d'inconvénient pour un œil sain, suffit souvent pour donner naissance à un désordre grave, par exemple, à une protubérance de la sclérotique (obs. 248.).

Le staphylôme de la cornée subsiste quelquefois pendant un grand nombre d'années, sans donner lieu à aucunes douleurs; dans quelques cas, lorsqu'elles s'établissent, elles sont excessives, et se reproduisent, le plus ordinairement, par crises (obs. 234, 235, 244, 245, 247.). La cause la plus commune de cette protubérance est l'abcès de la cornée, lorsque l'ulcère qui lui succède a beaucoup d'étendue et de profondeur, et qu'il est long-temps sans se cicatriser (obs. 241, 243.).

Le sujet de l'importante observation 246, a été très-heureux que la protubérance qui avait commencé à se manifester à son œil gauche, n'ait point continué à augmenter (tome II, pag. 431 et 432.).

Quelques malades, avec des cornées plus ou

moins déformées, conservent l'usage de la vue de manière à étonner (obs. 233); mais ils courent continuellement le danger de voir augmenter leur infirmité.

Le staphylôme transparent de la cornée est rare, cependant j'ai, dans les journaux de mon père et dans les miens, des notes relatives à plus de cent cas de lésions de cette espèce. Souvent elles sont si légères dans leur principe, que les aberrations de la vue, dont se plaint le malade, sont attribuées à toute autre cause : il est extrêmement rare d'en rencontrer une aussi considérable que celle dont je donne le dessin (pl. 57, fig. 1.).

Ordinairement le centre de la cornée est seulement un peu soulevé; quelquefois cette membrane, vue de côté, présente une courbure assez semblable à l'extrémité d'une ellipse, au lieu de figurer à-peu-près une portion sphérique, comme dans l'état naturel. J'ai vu la dilatation transparente de la cornée précédée, accompagnée, ou suivie, de phlegmasie : quelques-unes en ont toujours été exemptes.

Lorsque je suis consulté pour cette lésion, je conseille de n'y rien faire de particulier. Je connais plusieurs personnes qui ont cette maladie depuis un grand nombre d'années, sans qu'elle ait fait aucuns progrès. Quelquefois seulement, avec le temps, le sommet du cône perd un peu de sa transparence. La protubérance augmente dans quelques cas rares, se montre accompagnée d'oph-

talmie, et sort de cette classe particulière, pour entrer dans le nombre immense des staphylômes de la cornée (tome II, pag. 430, 431.).

Dans quelques cas, la cornée amincie et distendue outre mesure se rompt spontanément: on peut, en général, regarder cet événement comme une heureuse terminaison (obs. 238, 246, tom. II, pag. 431.).

Quand il y a un commencement de protubérance à la cornée, il arrive quelquefois qu'un épanchement lymphatique a lieu subitement entre les lames de cette membrane. Son état de désorganisation partielle n'est pas toujours un obstacle au retour de sa transparence; mais son rétablissement ne s'obtient qu'à la longue, et n'a pas toujours lieu d'une manière complète (tom. II, page 432.).

L'iris est plus ou moins poussée vers la concavité du staphylôme de la cornée, et, par une conséquence naturelle, la pupille, lorsqu'elle subsiste, est plus ou moins allongée vers ce point. Dans quelques cas, l'iris n'est point déplacée, et la pupille conserve sa forme et sa largeur naturelles (tom. II, page 415.).

On a dit que la cornée était plus épaisse dans le staphylôme: on a dit aussi le contraire. Pour moi, j'ai toujours trouvé cette membrane excessivement amincie; quelques exceptions que j'ai notées avaient rapport à des dégénérations squirreuses, plutôt qu'au simple staphylôme. Dans un

cas semblable, Richter, de Gottingue, a trouvé que cette membrane avait la consistance d'une excroissance cartilagineuse. Beer, de Vienne, en a rencontré une tellement dure et épaisse qu'il eut de la peine à y faire pénétrer le bistouri.

Dans quelques cas, la cornée est tellement amincie en un seul point, à l'endroit où elle protubère, qu'à la moindre phlegmasie ou injection sourde qui développe des vaisseaux visibles jusque dans la tache, elle s'ouvre, avec douleurs par crises autour de l'orbite, accompagnées d'hémi-crânies; l'humeur aqueuse s'échappe en même temps, pour se régénérer promptement, et sa sortie procure un soulagement passager au malade (tom. II, pag. 394, 395.).

Je vois le plus ordinairement cette espèce particulière se terminer par une ophtalmie portée au degré du chémosis, qui amène la fonte de l'œil.

Dans ce cas, je me contente de prescrire une saignée, des cataplasmes de mie de pain et de lait, et la diète qui ne doit être austère que pendant les premiers jours.

Quand la cornée, encore saine, au moins dans une partie de son étendue, forme une protubérance, ce staphylôme ne peut point avoir lieu, sans qu'il y ait, dans le tissu relâché de la membrane, des vaisseaux qui, venant de la conjonctive, s'ils sont superficiels, ou de la sclérotique, s'ils sont profonds, admettent la partie rouge du sang, même dans les cas où ils ne sont pas visibles.

Lorsqu'on porte la pointe d'un instrument sur la cornée protubérante, il sort du sang de ces vaisseaux (tom. II, pag. 416, 417.).

Si la plus grande partie de l'épaisseur de la cornée a été détruite par un ulcère, le staphylôme qui se forme prend l'apparence du sommet d'un dé à coudre; c'était sûrement celle que présentait la protubérance de l'œil droit du sujet de l'observation 243 (tom II, pag. 425.).

Le staphylôme qui suit l'ophtalmie d'Egypte, présente une couleur d'un blanc perlé (pl. 60, fig. 1.).

La protubérance de la cornée prend différents aspects, et change d'apparence pendant sa durée. Ces changements tiennent au plus ou au moins d'amincissement de la cornée, et à la teinte de l'iris décolorée, qui communique çà-et-là différentes nuances à la cornée amincie, désorganisée, protubérante, blanchâtre, encore un peu transparente, et plus ou moins parsemée de vaisseaux sanguins.

L'opération peut être évitée ou retardée dans le plus grand nombre de cas de staphylômes, et alors cette maladie ne demande point de traitement.

On est très-embarrassé lorsqu'on croit indispensable d'opérer un enfant: les parents prennent toujours plusieurs avis qui s'accordent rarement (obs. 237.).

Il m'arrive fréquemment, avant de consentir

à l'opération, de gagner du temps en combattant les accidents par le régime et des remèdes palliatifs, dans l'espoir d'obtenir des seuls efforts de la nature, une terminaison spontanée par une rupture semblable à celle qui se fit à l'œil de l'enfant, sujet de l'observation 238.

Souvent on obtient le plus grand succès d'une simple incision, semblable à celle que pratiqua M. T*** (tom. II, pag. 405), ainsi que M. Becquet (*ibid.*); mais quelquefois l'œil se remplit de nouveau, et la tumeur reparaît : il arrive aussi que les membranes de l'intérieur du globe sortent, et cet accident n'est pas très-rare à la suite de l'excision seule du sommet du staphylôme, procédé conseillé par Celse (1), et qui, dans ces derniers temps, a été et est encore le plus usité. On se débarrasse assez aisément, à la vérité, des espèces d'excroissances qui en résultent, en les touchant avec le nitrate d'argent fondu, et en couvrant l'œil de cataplasmes émollients; mais c'est un accident désagréable qui prolonge le traitement, et n'a pas toujours une terminaison favorable.

L'incision cruciale (tom. II, pag. 401) est bonne, et ne mérite pas d'être abandonnée.

On peut dire, en général, que les nombreuses méthodes auxquelles on a eu successivement recours, à différentes époques, sont toutes capables,

---

(1) De Med. lib. VII, cap. VII.

dans le plus grand nombre de cas, d'atteindre le but qu'on se propose, car la nature tend à compléter la désorganisation commencée, et elle l'achève assez aisément, pour peu qu'elle soit secondée. Voilà pourquoi une diminution de volume du globe a été souvent le résultat heureux d'un coup qui a occasionné une rupture de la membrane dilatée.

Je réussis quelquefois à réprimer la saillie de la tumeur, à faire cesser les douleurs périodiques, et à diminuer la difformité, sans employer un œil d'émail, en faisant une petite incision dans la partie la plus affaiblie et la plus saillante, et en appliquant un bandage composé de compresses, au nombre de quinze ou vingt, selon le plus ou moins de saillie naturelle du rebord orbitaire. Je place, entre les compresses, de très-petits bourdonnets de charpie, en sorte que le tout forme un point de compression sur la partie incisée, et qu'il s'agit de réduire (pl. 57, fig. 2). Depuis que j'ai obtenu l'espèce de résultat dont je vais rendre compte, j'ai prolongé l'incision jusqu'à la sclérotique, lorsque la saillie s'était étendue à cette membrane, et j'ai réussi au moyen de ce bandage.

M. de J***, employé aujourd'hui dans les ponts-et-chaussées, se donna, à l'âge de quinze ans, un coup de canif dans le centre de la cornée de l'œil gauche: les accidents furent très-graves; l'iris avait été piquée; une ophtalmie des plus fortes désor-

ganisa l'œil, qui prit l'apparence qu'on lui voit (pl. 57, fig. 3). Ce résultat n'ayant point fait cesser les douleurs périodiques, et de petites élévations, qui se formaient fréquemment sur la tumeur, s'opposant à ce que M. de J*** pût se livrer à la moindre occupation, il vint s'établir chez moi pendant deux mois, et, dans cet intervalle, je ne pus obtenir d'autre amélioration que la disparition de la phlegmasie chronique et des crises périodiques, qui commencèrent par s'éloigner, et finirent par disparaître; deux ans après, il éprouva des rechûtes; non-seulement il se formait de temps à autre des espèces de phlyctènes sur la cornée protubérante, mais sa forme conique se changea peu-à-peu en une autre inégalement sphérique et bosselée, et les crises, sans être très-violentes, devinrent tellement importunes au malade, que ses parents obtinrent de lui qu'il mettrait fin à cet état pénible, en se soumettant à l'opération.

M. de J*** avait alors vingt ans; il hésitait entre le procédé que je viens d'indiquer, et l'amputation totale de la cornée avec un petit cercle de la sclérotique. Il se détermina pour ce dernier parti, mais il ne voulut pas se soumettre à l'action de l'instrument dont je vais bientôt parler. J'avais passé le bistouri dans la sclérotique, au-dessous de la cornée: je me disposais à continuer l'opération, lorsque tout-à-coup M. de J*** s'y refusa absolument, tout en convenant que cette incision

avait été très-peu douloureuse. Les sollicitations les plus pressantes ayant été inutiles, j'employai le bandage. Il le conserva pendant deux mois, et l'œil, réduit à une forme à-peu-près régulière, est devenu moitié moins choquant. M. de J*** n'en a jamais souffert depuis huit ans, époque de l'opération, et il a pu, aussitôt après le traitement, se livrer sans fatigue à d'importantes occupations.

Quelquefois il arrive que le bandage, appliqué dans l'intention de conserver la forme de l'œil, le fait fondre lentement et sans douleur. Cette terminaison ne peut point être regardée comme malheureuse. J'emploie souvent, pour l'obtenir, ce moyen, soit seul, soit précédé d'une incision (en plaçant ensuite le point de compression de manière à ce qu'il s'oppose à la formation de la cicatrice), soit enfin en appliquant le bandage, lorsqu'une de ces petites ruptures spontanées si fréquentes a eu lieu très-récemment et pendant qu'il existe encore une fistule dans la cornée; quand, en un mot, le globe est encore mou. Si, dans ce dernier cas, la rupture a été accompagnée de beaucoup d'irritation, le bandage n'est pas toujours facile à supporter, et l'on est forcé de renoncer à son application, ou d'en suspendre l'usage, jusqu'à ce que l'œil soit remis dans son état habituel; on y revient alors, après une incision préalable dans la protubérance; mais les malades ne réclament ordinairement les

secours de l'art que lorsqu'ils éprouvent des accidents.

Si la cornée est peu déformée, et peu protubérante, quoique tachée; si des douleurs se font sentir par accès, et si les malades tiennent beaucoup à ne point porter un œil d'émail, j'ai encore recours, de temps à autre, à une incision demi-circulaire au bas de la cornée, et je me contente d'enlever, avec les ciseaux, un peu du bord de ce lambeau (*voy.* l'obs. 234 et la pl. 59, fig. 2). Ordinairement, les humeurs s'écoulent lentement par cette fistule artificielle: pendant qu'elle se retrécit, la vie abandonne peu-à-peu les parties de l'intérieur de l'œil, et le globe diminue de volume, mais rarement assez pour que le malade ait besoin de porter un œil d'émail.

Après avoir comparé entre eux un nombre considérable de résultats, je crois que l'enlèvement de la cornée avec un cercle d'une demi-ligne, ou même d'une ligne de la sclérotique, est préférable à la résection du sommet du staphylôme, aujourd'hui presque exclusivement conseillée et pratiquée.

M. Louis et M. Sabatier blâmèrent ce dernier procédé, et recommandèrent l'autre dans une consultation qui eut lieu vers la fin de la vie de M. Desault, pour M. P***, l'un de nos premiers jurisconsultes, âgé alors de trente-trois ans. Le malade avait la cornée de l'œil droit dans l'état de celle qu'on voit, pl. 57, fig. 3. Je l'opérai, en

enlevant la cornée, M. Desault tenant lui-même la paupière supérieure. Tout récemment, M. P*** a éprouvé, aux paupières du même côté, une phlegmasie. Je lui ai donné des soins avec M. Lerminier, son médecin; l'accident dissipé, il a repris son œil artificiel.

Je me servais autrefois, pour exécuter cette opération, d'un bistouri dont la lame avait une dimension presque double de celle que présente la figure 4, planche 14.

Je passais cet instrument dans la sclérotique, en commençant par l'extrémité externe du diamètre transversal de la cornée à une ligne de distance, ou environ, du bord de cette membrane; je traversais vivement de part en part, pour faire sortir la pointe à pareille distance du bord interne, et je dirigeais le tranchant de manière qu'un cercle de la sclérotique, d'une ligne environ de largeur, restât après la cornée, que je saisissais avec des pinces à disséquer, et que j'enlevais de deux coups de ciseaux courbes sur le côté : je tâchais, autant qu'il m'était possible, de prendre également par en haut un peu de la sclérotique, au moyen des coups de ciseaux.

Ce procédé n'est douloureux qu'au moment où l'on fait agir les ciseaux; je le crois le meilleur à employer, quand on n'a pas un instrument semblable à celui dont je me sers.

Cet instrument, destiné d'abord à commencer l'opération de la cataracte, est celui de M. Guérin,

corrigé par M. Dumont. Je l'ai fait exécuter dans une proportion triple, avec des lames et des anneaux de différentes largeurs, selon l'étendue des protubérances à supprimer.

On sait que la lame (pl. 14, fig. 12) se visse à la tige (fig. 11), que cette tige ainsi armée est introduite dans une boîte, dont elle est chassée par la vive action d'un ressort mis en jeu par une détente : dans son rapide passage, elle glisse sur l'anneau (fig. 13); *voyez* aussi la planche 64.

Aujourd'hui, deux lames et deux anneaux me suffisent pour tous les cas. Je mets derrière l'anneau, du côté par lequel il doit être appliqué sur le globe protubérant, un cordon plus ou moins aplati de cire ramollie, qui ne permet à la tumeur de saillir à travers l'anneau, qu'autant qu'il est nécessaire pour que la lame, dans son passage, puisse supprimer toute la partie qu'on lui a abandonnée. Deux petites pointes implantées sur le bord de l'anneau, à la partie opposée à celle par laquelle arrive la lame, pénètrent dans la surface de la tumeur, et s'opposent à ce que le globe puisse être chassé du côté du grand angle; mouvement qui serait d'ailleurs empêché par la légère pression qu'on doit exercer sur l'œil avec l'instrument, au moment où l'on appuie le doigt sur le bouton qui fait partir la détente.

Depuis que j'emploie ce procédé, je remarque que le moignon de l'œil subsiste plus égal, qu'il est moins sujet aux phlegmasies chroniques, et

qu'il jouit d'un mouvement très-libre, qui se communique à l'œil d'émail.

C'est un très-petit avantage que celui d'avoir changé la destination d'un instrument déja connu, en le faisant exécuter dans des proportions différentes, et je ne prétends pas m'en prévaloir, l'ouvrier dont je me servais alors en a fait plusieurs; des praticiens en ont parlé; d'autres l'ont employé, mais non pas avant moi.

La figure 2, pl. 64, représente une tumeur au moment où elle va être emportée par la lame. Depuis quelque temps je n'enlève que très-peu de la sclérotique.

M. P***, qui occupe aujourd'hui une des places les plus éminentes dans la direction de l'instruction publique, fut le premier pour lequel j'employai, en 1800, cet instrument. Il ne sentit presque point le passage de la lame, n'éprouva aucunes douleurs considérables à la suite de cette amputation; et il y a dix-sept ans qu'il porte un œil d'émail, qui reçoit du moignon du globe un mouvement très-sensible.

Cette méthode n'entraînant jamais aucun accident, pas même d'inflammation longue, et le rétablissement, toujours très-prompt, ayant souvent lieu dans la quinzaine, son application n'est jamais suivie de ces adhérences, ni de ces excroissances qui, après un laps de temps plus ou moins long, finissent si souvent par priver le malade du triste avantage de pouvoir porter un œil artificiel.

J'ai opéré par ce procédé, il y a seize ans, une des filles de M. D***, chirurgien à Passy, près Paris. A genoux devant sa fille, le père lui tenait les mains. Les apprêts de l'opération avaient un peu effrayé la malade; elle ne voulut pas se laisser couvrir l'œil sain, et, de cet œil, elle vit, au moment du passage de la lame, que sa cornée protubérante était tombée sur un des yeux de son père. Me pardonnera-t-on d'avoir remarqué, et sur-tout de dire ici, que la jeune personne partit d'un éclat de rire? Elle portait un œil d'émail vingt-cinq jours après.

J'ai opéré, en 1815, avec cet instrument, M. M***, d'Amsterdam, âgé de vingt-sept ans, venu à Paris chez M. M***, son oncle. Le septième jour de l'opération, il me demanda la permission de faire le tour du Palais-Royal. L'œil opéré était couvert d'un cataplasme émollient, et, comme il demeurait rue de Richelieu, j'y consentis, quoique cependant il eût éprouvé quelques douleurs assez vives trois jours après l'opération. Son rétablissement fut très-prompt; le moignon du globe communique beaucoup de mouvement à l'œil d'émail que porte M. M***.

Je vois quelquefois, après le passage de la lame, la membrane hyaloïde se remplir de lymphe sanguinolente, et le corps vitré sortir entre les paupières. Je n'y fais rien lorsque cette tumeur ne gêne point pour placer le cataplasme; et c'est le meilleur parti. Si elle est trop considérable, j'attends

une demi-heure; alors quelques coups de ciseaux donnés à sa superficie, en procurent la diminution, et on couvre le reste avec un cataplasme. Il m'est arrivé plusieurs fois d'attendre, pour avoir recours aux ciseaux, le quatrième, le cinquième, et même le sixième jour, et alors de l'emporter entièrement au niveau des paupières; la suppuration détruit le reste.

Aujourd'hui je réduis à trois classes, dans ma pratique, les protubérances ou staphylômes de la cornée, les hydropisies du globe ou hydrophtalmies, et les staphylômes de la sclérotique.

La première se compose des tumeurs qui n'ont d'inconvénient que par leur difformité. Je conseille d'attendre.

Je mets dans la seconde classe toutes celles qui nuisent par la douleur, soit habituelle, soit périodique, et dont on veut absolument être délivré. A celles-là j'applique l'instrument en question, et des cataplasmes de mie de pain et de lait pour tout traitement.

Quant à la troisième classe, j'y range les maladies pour lesquelles on se refuse à prendre un parti décisif; alors j'ai recours à l'un ou à plusieurs des moyens que j'ai indiqués plus haut.

Le staphylôme de la sclérotique, et par conséquent de la choroïde appliquée à sa face interne, a lieu lorsque l'intérieur du globe étant désorganisé, son enveloppe cède en tous sens à l'effort qui a lieu de dedans en dehors par l'ar-

rivée continuelle des sucs fournis aux humeurs de cet organe dont le système absorbant a plus ou moins perdu de son énergie (pl. 62, fig. 1).

La dilatation de la sclérotique peut avoir lieu sur un seul ou sur plusieurs points de son étendue.

On en voit quelquefois de petites sur de plus grosses (obs. 240, et pl. 63, fig. 1).

Elle a lieu le plus souvent à l'occasion d'un coup ou d'une blessure (obs. 248, et pl. 62, fig. 3; obs. 279, et pl. 50, fig. 1; obs. 289, et pl. 52, fig. 2). On la trouve, mais rarement, à des yeux dont l'intérieur a été désorganisé, par exemple, par un glaucôme (obs. 382).

Une femme de soixante ans, de faible constitution, avait l'œil gauche atrophié depuis plusieurs années, à la suite d'une ophtalmie. Elle se plaignait de l'œil droit; les mouvements alternatifs de l'iris en étaient fort rallentis, et elle ne pouvait plus lire. Cette femme ayant succombé à une péripneumonie, je fis, avec précaution, l'ouverture de l'orbite droite, dans l'intention d'examiner l'état du nerf optique depuis son entrée dans cette cavité jusqu'à son insertion au globe. Je trouvai une protubérance de la sclérotique (pl. 64, fig. 3) à la partie inférieure et latérale externe du globe. On apercevait la teinte noirâtre de la choroïde à travers la sclérotique amincie, et, en examinant la cornée, on voyait l'intérieur du globe un peu éclairé par la lumière qui s'introduisait à travers les membranes, dont la

couleur et la densité naturelles avaient cessé d'exister.

Je disséquai le globe avec la plus grande attention; la sclérotique avait perdu de son épaisseur naturelle. Je trouvai la rétine amincie et désorganisée dans sa partie qui correspondait à la protubérance; la partie de la choroïde qui en recouvrait la concavité avait pâli et sa structure était altérée. Il me parut que tout se disposait à une désorganisation complète dans ce globe, même en supposant que la protubérance n'eût point fait de progrès.

J'ai songé plusieurs fois depuis, à cette observation d'anatomie pathologique, lorsque j'ai rencontré de ces affections équivoques de la vision qui présentent une telle incertitude, quand on veut en établir le diagnostic, qu'on ne sait si on doit les ranger dans la classe des névroses ou dans une autre. Il doit arriver quelquefois que l'on croit avoir à combattre une amaurose, tandis qu'il s'agit d'un amincissement et d'une protubérance, peut-être fort peu étendue, de quelque partie latérale ou postérieure non visible de la sclérotique. M. Léveillé a fait la même remarque à la suite de deux observations qui lui sont propres (1). Le célèbre professeur de Pavie en a recueilli deux qui ont de l'analogie avec celle que

---

(1) Traité-pratique des Maladies des yeux, par A. Scarpa, chap. XVII, traduction de M. Léveillé.

je viens de rapporter; et si le sujet de celle-ci eût vécu, son œil aurait probablement fini par se désorganiser entièrement, et par ressembler aux deux globes dont parle ce grand anatomiste.

Le premier œil, qui lui présenta la sclérotique dilatée et formant une protubérance dans son hémisphère postérieur, avait été pris sur une femme morte à l'âge de quarante ans; le globe, qui avait augmenté de volume, avait acquis une figure ovale par le soulèvement de la sclérotique, qui s'étendait depuis la partie moyenne de cette membrane jusqu'au côté externe du nerf optique : la cornée et les humeurs ayant conservé leur transparence, la pupille laissait voir dans l'intérieur, les effets de la lumière qui traversait la sclérotique devenue mince et transparente. Le corps vitré était désorganisé et liquéfié; le cristallin, d'une couleur ambrée, avait conservé de la transparence. Il fut facile de reconnaître, en plongeant l'hémisphère postérieur de cet œil dans l'esprit de vin auquel on avait mêlé quelques gouttes d'acide nitreux, que la rétine, à laquelle ce procédé avait donné de la consistance et de l'opacité, ne se trouvait plus dans la cavité du staphylôme, que la choroïde était décolorée et amincie dans la partie correspondante de son étendue, qu'elle avait perdu sa texture vasculaire, et que la sclérotique conservait à peine l'épaisseur d'une feuille de papier, notamment au sommet de la tumeur. L'autre œil était sain. Cette femme avait perdu,

depuis plusieurs années, la vue de l'œil désorganisé, pendant le cours d'une ophtalmie accompagnée de violentes céphalalgies.

Un autre globe avait aussi une figure ovale; il avait également augmenté de volume. La dilatation de la sclérotique avait eu lieu vers le même point et à un degré à-peu-près semblable. La femme sur laquelle il fut pris était morte à trente-cinq ans. Le corps vitré était liquéfié; la couche extérieure du cristallin était convertie en une sérosité laiteuse, et ce corps avait perdu de son volume; il n'y avait plus de rétine sur la partie dilatée de la sclérotique, qui était si amincie, ainsi que la choroïde, que la lumière traversait ces deux membranes soulevées pour former la tumeur. Cette observation ayant une ressemblance presque parfaite avec l'autre, il y a apparence que l'auteur ne l'aurait point rapportée, s'il n'avait pas voulu en prendre occasion de faire remarquer que dans l'une et dans l'autre la protubérance formée par la sclérotique se trouvait au côté externe du nerf optique (*). Il ajoute que l'on parviendra peut-être, en recueillant d'autres

(*) La sclérotique avait cédé à l'extrémité postérieure de l'axe optique, quoique très-épaisse dans ce point : la raison en est, si je ne me trompe, que l'effort des humeurs contenues dans l'intérieur du globe a lieu aux deux extrémités de cet axe; c'est-à-dire au centre de la cornée, et à la partie opposée de la sclérotique, vers le fond de l'œil. (Voy. ci-dessus, page 48.)

observations, à établir des signes capables de faire reconnaître l'existence de cette maladie, mais, en songeant à sa nature et à son siége, il craint, avec raison, que l'on ne trouve aucun moyen d'en suspendre l'augmentation, ou de la détruire.

Quand on réfléchit aux effets que peut produire une tumeur du globe formée par un staphylôme de la sclérotique dans sa partie non visible, on trouve aisément quelles sont les espèces d'effets qui peuvent en résulter. Par exemple, dans ces deux dernières observations, le muscle droit externe ou abducteur, doit avoir été allongé et gêné dans l'exercice de ses fonctions : il doit y avoir eu strabisme, et l'œil malade de chacun des deux sujets doit avoir été tourné du côté du nez, ce qui n'est pas dit : il eût encore été desirable de savoir si le globe n'a pas paru un peu saillant entre les paupières; et j'ai soupçonné l'existence d'une tumeur de ce genre située vers le même point, lorsqu'un globe plus ou moins déjeté vers l'angle interne et faisant un peu de saillie, m'a présenté un commencement de désorganisation.

Quant à la thérapeutique des staphylômes de la sclérotique, je renvoie à ce que j'ai dit relativement à celle des protubérances de la cornée.

En général, j'en vois qui subsistent depuis longtemps et n'incommodent que fort peu les malades; aussi ou je ne conseille rien, ou je pro-

pose l'amputation de la partie antérieure du globe, par le moyen de l'ophtalmotome dont j'ai parlé plus haut.

Il y a des cas où la maladie prend le caractère, soit des fongus hématodes, soit des tumeurs carcinomateuses, ou enfin des excroissances évidemment cancéreuses. *Voyez* ci-après le chapitre de l'exophtalmie.

L'*hydrophtalmie* ou hydropisie de l'œil, est la maladie essentielle dans le plus grand nombre des lésions de la forme du globe. Les staphylômes ou protubérances, soit de la cornée, soit de la sclérotique, sont presque toujours des effets de la désorganisation plus ou moins considérable des humeurs transparentes, et sur-tout des vaisseaux lymphatiques absorbants. La figure 1, planche 62, représente la buphtalmie ou l'œil de bœuf.

Ce n'est que dans une pratique très-étendue que l'on peut observer les différents aspects sous lesquels se présentent ces maladies; mais il suffit, pour s'en former une idée, de réfléchir attentivement sur la structure du globe, de chercher ensuite quels sont les accidents qui peuvent se manifester, lorsque les liqueurs, continuellement apportées, ne sont plus reprises dans une juste proportion; et la solution de ce problême sera que, selon la nature de la cause générale des accidents, selon la force plus ou moins grande des membranes de l'œil et la gravité des circonstances accessoires, il y aura tantôt un simple excès de

nutrition, tantôt une désorganisation du genre de celle qui suit quelquefois le glaucôme (obs. 249); tantôt une hydropisie, un épanchement, un amas de sérosité (comme on en voit dans d'autres cavités du corps), avec dilatation de la cornée seule (pl. 61, fig. 3), ou de la cornée et de la sclérotique (pl. 62, fig. 1).

J'ai été consulté, le 18 février 1815, par un étudiant en droit, âgé de vingt-un ans, qui avait eu sur l'œil gauche, six ans auparavant, une fluxion d'humeurs aqueuses et âcres, selon ses expressions. La cornée de cet œil, sans faire plus de saillie, était d'un cinquième plus grande que celle de l'autre, et le globe avait augmenté dans la même proportion. Il voyait assez bien dans le milieu du jour et vers son déclin.

Je ne saurais trop répéter qu'un œil déja désorganisé, par exemple, après une contusion (obs. 264), est continuellement exposé à des accidents de différente nature, notamment à l'hydrophtalmie.

Je rencontre de temps à autre des globes un peu trop gros, dont la cornée est augmentée d'un quart, de moitié, et même de plus du double de son diamètre naturel. Sa convexité s'est ordinairement accrue dans la même proportion. Le plus communément, ce défaut dans l'organisation est congénial. La vue subsiste toujours plus qu'on ne le croirait à l'examen, et cette vue se conserve.

On m'a amené, en février 1815, une petite fille âgée de neuf ans, qui avait apporté en naissant cette conformation; elle voyait à se conduire librement de l'œil gauche, mais ne distinguait rien du droit, dont la pupille n'était cependant pas plus dilatée que celle de l'autre. Elles avaient toutes deux une ligne et demie de largeur à un jour vif, et les iris ne jouissaient que d'un mouvement très-faible.

M. Alibert m'a adressé madame G***, âgée de trente ans, à laquelle je donne actuellement des soins. J'ai dessiné son œil droit (pl. 62, fig. 2), après l'élargissement que la pupille avait éprouvé par l'action de l'extrait de la belladone; la grandeur démesurée des deux globes, notamment des deux cornées, est congéniale. La malade, à la suite d'une chûte grave, resta aveugle à l'âge de huit ans. Jusque-là elle avait vu à se conduire; mais, après la disparition d'une opiniâtre phlegmasie, qui, d'abord aiguë, avait passé à l'état chronique, la vue revint peu-à-peu, sur-tout à l'œil droit; et cependant cet œil a des taches sur la cornée, tandis que celle du gauche en est exempte. Celui-ci a la pupille fort étroite, et la malade n'en voit pas. Je me suis attaché à augmenter un peu le diamètre de la pupille du droit, afin que les rayons lumineux puissent entrer, au côté latéral interne de la tache, par cette ouverture, dont la petitesse, extraordinaire, par rapport à la grandeur énorme des cornées, me semble le produit

d'anciennes ophtalmies. Cependant on ne voyait point d'adhérences entre la marge pupillaire et la capsule du cristallin; il y en avait peut-être quelques-unes très-légères entre cette capsule et la face postérieure de l'iris, près de la pupille qui s'est élargie peu-à-peu, et la vue de l'œil droit a été doublée, au point que madame G*** peut se livrer à quelques travaux d'aiguille, mais non pas à la lecture.

Je ne crois pas qu'on ait jusqu'à-présent amélioré, par l'emploi de la belladone, la vue d'un œil d'un volume aussi considérable, contre nature et congénial, et cela malgré la présence de taches assez fortes. Il est plus rare de voir l'humeur vitrée augmentée seule de volume, et la sclérotique un peu dilatée, sans que la cornée participe à ce développement pathologique. Le Mémoire suivant fait connaître un cas très-curieux de cette espèce d'affection.

« L'examen des yeux de madame F*** m'a fait apercevoir une légère tuméfaction aux paupières et une saillie aux deux globes. Cette saillie n'est produite par aucune tumeur qui pousse ces organes hors des orbites, mais par l'augmentation de leur volume, augmentation qui dépend spécialement de celle du corps vitré : l'humeur aqueuse y participe peu. J'en tire la preuve: 1.° de l'étendue de la cornée opaque, beaucoup plus considérable que dans l'état naturel. 2° De ce que, lorsque Madame regarde en bas, l'ouverture

des paupières laisse voir, par en haut, beaucoup du blanc des yeux; ce qui n'était point avant la maladie. 3° De la dilatation de la pupille, beaucoup plus grande que dans l'état naturel, et élargie par le cristallin poussé en avant par la tuméfaction du corps vitré. Elle conserve cependant assez de ressort pour être susceptible de resserrement et de dilatation, lorsqu'on frotte les paupières contre le globe.

« Madame ressent une douleur sourde aux angles des yeux et au bas du front. Il n'y a pas d'inflammation. Toutes les humeurs ont leur transparence naturelle, et la vitrée ne pèche que par sa quantité. La rétine est saine. La confusion avec laquelle Madame aperçoit les objets un peu éloignés, ne vient que de l'augmentation du volume du corps vitré, qui pousse un peu le cristallin vers l'iris, d'où il résulte que les rayons lumineux qui viennent des objets éloignés se réunissent, pour en former l'image, avant d'arriver sur la rétine, et ne parviennent à cette membrane qu'après s'être écartés de nouveau. Madame y voit fort bien en approchant les objets des yeux, parce que les rayons qui partent des corps voisins, étant fort divergents, ne se réunissent que sur la rétine. Il résulte donc de ce déplacement du cristallin, que Madame a une myopie accidentelle. Cette cause de confusion, lorsqu'elle regarde des objets éloignés, est démontrée par un autre rapport de sa vue avec celle des myopes; savoir, qu'elle y voit

très-bien à une faible lumière, pourvu que les objets ne soient pas à une trop grande distance. La difficulté que la pupille trouve à se resserrer, à raison de la pression qu'elle éprouve de la part du cristallin, fait que Madame ne peut pas supporter une lumière vive, parce que cette ouverture étant très-dilatée, elle admet une trop grande quantité de rayons lumineux, dont l'action blesse la rétine, comme il arrive aux personnes qui, d'un lieu obscur, passent tout-à-coup dans un autre fort éclairé; nouvelle preuve que les milieux ont conservé leur transparence.

« D'après cet exposé, on ne peut méconnaître la maladie. Plusieurs auteurs l'appellent *exophtalmie*, et d'autres *hydrophtalmie*. Aucun de ces termes ne me paraît cependant propre à désigner son vrai caractère : celui d'*exophtalmie*, suivant son étymologie, me paraît ne convenir qu'à la saillie de l'œil produite par sa sortie; et celui d'*hydrophtalmie* semblerait ne devoir être employé que pour désigner l'augmentation du globe par l'abondance de l'humeur aqueuse, et non par celle de l'humeur vitrée.

« Tel est le caractère et la cause prochaine de la maladie de madame F***; si nous en cherchons les causes éloignées, nous pourrons les déduire, 1° d'un état d'atonie dans les solides, indiqué par l'enflure des jambes, et même par une espèce d'œdématie du visage; 2° d'une diminution et d'un dérangement dans le flux menstruel; 3° d'une

obstruction au foie indiquée par un sentiment de douleur, lorsqu'on touche dans toute l'étendue de l'hypocondre droit, de l'épigastre, et même à la portion voisine de l'hypocondre gauche, c'est-à-dire dans toute l'étendue de la région du foie, et par la constipation continuelle qui annonce le défaut de sécrétion de la bile.

« Les indications sont de procurer l'évacuation des humeurs surabondantes, et d'augmenter le ton affaibli des solides, en ménageant cependant la grande sensibilité de la malade...

« A Toulon, le 8 mai 1786.

Signé MANNE. »

Je ne vois contre l'hydrophtalmie d'autre indication que de prendre des précautions générales. Lorsqu'elle est poussée très-loin et que la désorganisation parvient au point d'incommoder sensiblement la malade, l'*ophtalmotome* est un remède facile et prompt. J'insiste pour l'opération lorsque les douleurs reviennent par accès, que ces accès sont suivis d'augmentation du volume du globe, et que le trouble qui en résulte altère la santé du malade par des céphalalgies; il suffit, pour les expliquer, de songer que la dure-mère, à son passage du crâne dans l'orbite, se partage en deux feuillets, dont l'un s'unit au périoste orbitaire, et l'autre se confond avec la sclérotique, et que cette dernière membrane résiste à la force qui la dilate, par la fermeté de son tissu et l'entre-croisement de ses fibres varié dans une multitude de directions.

CHAPITRE VII.

Du Ptérygion et autres Excroissances.

Le *ptérygion* (1) ou onglet est l'épaississement variqueux d'une certaine étendue de la conjonctive, tant sur la sclérotique que sur la cornée. La portion épaisse de cette membrane devient mollasse : il semble qu'elle ait subi une macération partielle. En effet la forme qu'elle affecte a quelque ressemblance avec l'extrémité d'une aile d'oiseau, ou avec un ongle long et étroit (pl. 40). La consistance de cette espèce de fausse membrane varie depuis une densité à-peu-près égale à celle qui est naturelle à la conjonctive, jusqu'à une fermeté rapprochée de celle du cartilage un peu ramolli. Sa forme est à-peu-près triangulaire. Sa base est ordinairement à l'angle interne : j'en ai vu très-peu à l'angle externe, et encore moins s'avancer vers la cornée, soit de la partie supérieure, soit de la partie inférieure du globe. Le nombre des vaisseaux sanguins, qui se dirigent de la base du ptérygion vers son sommet, varie beaucoup, et augmente à l'occasion de la plus légère phlegmasie. Ils sont en général très-déliés. C'est une complication des plus rares que de rencontrer deux ptérygions s'avançant vers le centre

---

(1) πτερύγιον, *ala*, aile. Aëtius. tetrab. II, serm. III. Actuarius, de method. med. lib. IV. Unguis, Celse, de re medicâ, lib. VII, cap. VII.

de la cornée, l'un du grand angle et l'autre du petit angle. Si cette membrane a été couverte entièrement, on appelle la maladie *pannicule.*

L'accroissement du ptérygion est très-lent. Je donne actuellement des soins à des malades chez lesquels il n'a fait aucun progrès apparent, depuis six, huit et dix ans; il avance bien plus lentement sur la cornée qu'au-devant de la sclérotique. Je le vois quelquefois aux deux yeux (observation 250).

On voit, dans certains cas, que la portion de la conjonctive qui recouvre la cornée a subi un épaississement marqué dans les points occupés par le sommet du ptérygion, tandis que la base ou la partie qui correspond à la sclérotique n'a occasionné aucune augmentation sensible d'épaisseur à la partie de la conjonctive qui en est le siége.

L'épaisseur, en général, de cette fausse membrane, sa consistance et son étendue présentent beaucoup de variétés. Il y en a qui sont coriaces et qui offrent la résistance du parchemin; quelques autres sont d'une nature presque cartilagineuse.

Le plus souvent, en pressant latéralement la conjonctive, on s'aperçoit que cette membrane est seule affectée; quelquefois, on voit qu'on ne peut la faire varier que très-peu sur le globe, et que le tissu cellulaire situé au-dessous est également affecté par le ptérygion qui alors a une plus forte épaisseur.

Ce qui prouve que cette maladie est due à un développement pathologique de vaisseaux, c'est qu'on en voit un très-grand nombre qui se portent directement depuis la base du ptérygion jusque vers la partie centrale de la cornée. Leur grande quantité donne presquc toujours une teinte un peu rouge à cette excroissance.

Lorsque le ptérygion se forme à l'angle interne, et j'ai dit plus haut que c'était son siége le plus ordinaire, on dirait qu'il est étroitement uni au repli semi-lunaire de la conjonctive. Quelquefois sa base environne la caroncule lacrymale. Il ne gêne pas la vue tant que son sommet n'est pas parvenue au point de la cornée qui correspond à une demi-ligne environ du bord de la pupille; mais aussitôt qu'il dépasse cette marge, il nuit à-peu-près autant à la vision, quand son épaisseur est très-marquée ou quand elle est à peine sensible; même lorsque l'angle formé par sa pointe est plus aigu qu'obtus.

Cette maladie ne se forme, en général, que sur les sujets déja avancés en âge; on la rencontre rarement chez les jeunes gens, et si quelques enfants très-jeunes en ont présenté les apparences, il a été facile de reconnaître qu'il s'agissait moins d'un véritable ptérygion, que d'une excroissance applatie. Il est bien difficile, peut-être même impossible, dans l'état actuel de la science, de reconnaître la cause qui donne naissance à cette fausse membrane, à cette dégénérescence vascu-

laire d'une portion de la conjonctive; le professeur Scarpa en a donné la meilleure explication qui ait été proposée jusqu'ici; elle satisfait au premier examen; mais, au second, elle laisse quelque chose à desirer. Selon le célèbre auteur, cette maladie est de la même nature que le nuage de la cornée, et l'ophtalmie chronique variqueuse accompagnée de relâchement et d'épaississement de la conjonctive; il regarde le degré seul auquel elle est parvenue comme établissant une différence entre ces trois affections, qui consistent, d'après son opinion, dans une varicosité plus ou moins étendue des vaisseaux de la conjonctive, et dans un certain degré de relâchement et d'épaississement de cette membrane; le ptérygion n'est donc, selon lui, sur la cornée, que la conjonctive dégénérée par l'effet d'une ophtalmie chronique, en une tunique épaisse et opaque. Il est très-vrai que le ptérygion est une dégénérescence de la conjonctive au-devant de la sclérotique et au-devant de la cornée; mais, si elle était uniquement l'effet d'une varicosité des vaisseaux de cette membrane, comment en trouverait-on qui ne sont précédés, ni accompagnés d'aucune phlegmasie soit aiguë, soit chronique, des autres parties de la conjonctive? S'il ne s'agissait que d'une inflammation variqueuse de quelques faisceaux capillaires, la maladie ne prendrait pas toujours une forme à-peu-près semblable. Je répète cependant que cette explication est la

meilleure qui ait été donnée, et j'invite le lecteur à la méditer avec attention dans l'ouvrage de l'auteur ainsi que le procédé qu'il emploie pour enlever le ptérygion, et qu'il décrit avec netteté et précision.

Cet habile chirurgien a enlevé des ptérygions aussi aisément sur la cornée que sur la conjonctive de plusieurs sujets morts avec cette maladie. Il a remarqué que le ptérygion laissait dans le lieu qu'il occupait, la cornée parfaitement à nu, et évidemment dépouillée de cette enveloppe qu'elle reçoit naturellement de la lame subtile et transparente de la conjonctive; et, au-delà du siége du ptérygion, il ne lui est jamais arrivé de pouvoir dépouiller la cornée de son tégument naturel.

J'engage encore le lecteur à consulter l'article 7 du Traité des membranes, par Bichat.

Il ne faut pas confondre avec le ptérygion, des excroissances soit charnues (pl. 41, fig. 2), soit d'une nature presque cartilagineuse (pl. 39, fig. 3), qui viennent sur la conjonctive ou sur la cornée, ou qui ont leur siége partie sur l'une et partie sur l'autre de ces membranes; elles adhèrent quelquefois à la face interne de l'une des paupières (pl. 17, fig. 2); j'en ai détruit avec les ciseaux courbes seuls qui ressemblaient plus ou moins à celle que l'on voit pl. 17, fig. 1. Cette dernière n'était point adhérente à la conjonctive du globe.

Voigtel rapporte que chez un jeune garçon de

Mohrenheim, un point blanc parut sur la partie inférieure de la cornée, à la suite d'une ophtalmie grave, qu'il prit peu-à-peu la consistance d'une tumeur cartilagineuse, et parvint à la grosseur d'un pois. Sa base couvrait la moitié de la cornée, et sa surface était couverte de vaisseaux variqueux très-développés.

Beer décrit une tumeur de la cornée, de nature graisseuse et charnue qui avait la largeur d'un noyau de cerise.

Le procédé décrit par Scarpa est bon ; je l'ai employé, et j'ai réussi ; mais je n'en ai point adopté de particulier. Je me contente de désorganiser cette fausse membrane, en en détruisant une partie.

Lorsqu'elle n'atteint pas encore la cornée (pl. 39, fig. 2), il me suffit d'un coup de ciseaux courbes sur le plat (pl. 15, fig. 16), pour en enlever le milieu dans le sens de son étendue, c'est-à-dire à-peu-près depuis son sommet jusqu'à une ligne de sa base.

J'ai détruit de la manière suivante le ptérygion représenté par la fig. 1, pl. 40. Je l'ai saisi, à l'aide d'une pince (pl. 15, fig. 1), au point où il passait sur la cornée, et j'en ai enlevé ce que j'ai pu, au moyen d'un coup de ciseaux courbes sur le plat ; j'ai ôté ensuite, par le même procédé, et toujours dans le sens de ses fibres, au moyen de trois coups de ciseaux, moitié à-peu-près de ce qui en restait. Le surplus a été détruit par la suppuration et a

disparu peu-à-peu. M. de D*** d'Avallon, sujet de cette observation, avait à l'œil gauche la même maladie. Elle était précisément semblable à celle du droit, et datait, comme elle, de plusieurs années: j'en fis sur-le-champ l'opération par le même procédé. Au moment où j'écris (1818), M. de D*** a la vue très-bonne, et, depuis dix-huit ans, il n'a jamais eu de ressentiment des suites de cette double opération. Les cicatrices en sont à peine visibles.

Le ptérygion que l'on voit, fig. 2, était coriace et très-ancien. J'ai passé entre la cornée et cette excroissance membraneuse, la lame d'une lancette un peu large, bien tranchante dans toute l'étendue de ses deux bords; je l'ai introduite dans une direction verticale, à trois lignes du sommet du ptérygion, en commençant par en bas, et dirigeant légèrement l'instrument vers ce sommet. Lorsque l'incision a été terminée, toute la partie du ptérygion qui recouvrait la cornée, en était séparée; je l'ai enlevée d'un coup de ciseaux; et, de quatre autres coups, j'ai supprimé une bonne partie de la base restée sur la sclérotique. J'ai touché trois fois, très-légèrement, dans la semaine suivante, avec le nitrate d'argent fondu, et le rétablissement n'a pas tardé à être complet. La cicatrice, qu'on voit encore sur la cornée, demeura blanchâtre, mais moins étendue que ne l'était la maladie.

Je ne connais contre elle que l'opération; ce-

pendant lorsque les malades ont refusé de s'y soumettre, j'ai vu quelquefois les attouchements faits à de longs intervalles, avec le nitrate d'argent fondu, en arrêter les progrès.

Le ptérygion adipeux ne mérite guères ce nom. C'est simplement une petite tumeur graisseuse (pl. 39, fig. 2, et obs. 252). Rien n'est si facile que de la détruire. Il suffit de passer dessous, une lancette, et de donner ensuite un coup de ciseaux courbes sur le plat qui en enlève une grande partie. La suppuration détruit le reste que l'on touche, s'il le faut, deux ou trois fois en cinq jours, avec le nitrate d'argent fondu. C'est par le même procédé que je détruis des tumeurs de consistance plus ou moins mollasse, qui ont leur base sur la conjonctive (obs. 254, pl. 17, fig. 1): il convient encore pour celles qui, sous une apparence charnue ou cartilagineuse, se forment non-seulement sur la sclérotique, mais même sur la cornée (pl. 41, fig. 2; pl. 40, fig. 3). Les attouchements avec le nitrate d'argent fondu, précédés ou non, selon l'indication, de l'emploi des ciseaux, sont encore bons pour des tumeurs, sans consistance, de la conjonctive, qui succèdent quelquefois à des phlegmasies (pl. 41, fig. 3). Le plus ordinairement, on peut se dispenser d'y toucher, ou au moins attendre, en prescrivant des moyens généraux. Je vois quelquefois un coup de ciseaux très-superficiel, donné de huit en huit jours, les faire disparaître peu-à-peu.

CHAPITRE VIII.

Du rétrécissement de la pupille, ou synizesis (1).

Le premier degré de cette maladie a été appelé *myosis.* On a réservé le nom de *synizesis* au dernier degré, qui est l'occlusion complète de la pupille; je ne vois dans cette affection qu'une lésion plus ou moins grave du tissu vasculaire de l'iris; elle reconnaît pour cause la plus ordinaire un engorgement dû à une phlegmasie interne, souvent plus lymphatique que sanguine. Par l'effet de cette espèce d'injection, l'ouverture de la pupille diminue d'abord, et disparaît ensuite peu-à-peu.

Je trouve communément cette affection compliquée d'adhérences plus ou moins considérables, soit de la face postérieure de l'iris, soit de son bord libre, avec la capsule du cristallin (pl. 19, fig. 2; 38, fig. 1, 2; 39; fig. 1; 45, fig. 1; 49, fig. 1; 62, fig. 2; 63, fig. 2 et 3).

Ces adhérences ne sont pas toujours faciles à apercevoir; il faut souvent une vue très-bonne et très-exercée pour les voir. J'exhorte ceux qui en soupçonneront l'existence à examiner la pu-

(1) Κόραι αἱ σμικρότεραι φαίνονται, γωνίας ἔχουσαι, prunelle qui paraît plus petite ou plus large, ou qui a des angles. Hip.

Φθίσις. Paul. Aegineta, lib. III, cap. 22.

Συνίζησις, synizezis. Woolhouse.

pille à un jour favorable, et à plusieurs reprises.

La diminution du diamètre de la pupille est quelquefois un symptôme d'une névrose du nerf optique ou de la rétine : dans ce cas, l'affection nerveuse est ordinairement sthénique. Alors l'excès de la sensibilité donne lieu à ce retrécissement, espèce d'effort de la nature, destiné à écarter le trop grand nombre de rayons de lumière nuisibles par leur impression sur des parties qui sont dans un état de phlogose, ou affectées de spasme (pl. 39, fig. 2). *Voyez* aussi tome II, page 463. Au commencement d'une ophtalmie aiguë vive, le retrécissement très-marqué de la pupille est un signe qu'il y aura chémosis (pl. 27, fig. 3).

La pupille peut, dans cet état, conserver quelques mouvements de contraction et de dilatation (tome II, pag. 461).

Lorsque la cause est une phlegmasie chronique des membranes internes du globe, il y a un danger continuel d'augmentation, soit pendant la durée de l'inflammation, soit par l'effet des rechûtes, toujours à craindre après sa disparition (tom. II, pag. 451 ; pl. 37, fig. 1 ; pag. 457).

Je vois quelquefois la maladie se former pendant la période aiguë d'une inflammation de l'iris (pl. 63, fig. 2 et 3), ou par l'effet d'abcès dans cette membrane, à la suite d'une vive phlegmasie (pl. 37, fig. 2).

Les sujets qui ont la pupille plus ou moins rétrécie, ont assez communément un peu d'opa-

cité dans le cristallin, et plus ordinairement à sa capsule seule. Ils voient mieux à un jour modéré, parce qu'une lumière vive augmente encore ce rétrécissement. Cependant pour qu'ils distinguent passablement bien les objets, il leur faut un jour pur; ils voient beaucoup plus mal, lorsque le ciel est nébuleux.

Je ne connais point d'effet plus certain et plus subit que celui que produit sur cette maladie l'instillation de la solution aqueuse d'extrait de la belladone, lorsque les adhérences ne sont pas trop fortes (*voyez* plus haut page 260).

On doit, pendant son usage, employer tous les autres moyens qui peuvent concourir à combattre la cause de cette lésion organique.

Souvent on n'est consulté que pour l'effet qui existe après l'entière disparition des phlegmasies ou des blessures qui ont occasionné le rétrécissement de la pupille. Dans ces cas, je vois ordinairement le seul usage externe de la belladone, répété de quatre en quatre jours pendant un an et plus, élargir la pupille, sinon complétement, au moins suffisamment pour améliorer sensiblement l'état de la vue. Si le rétrécissement est très-marqué; si plusieurs points de la marge pupillaire de l'iris sont adhérents à la capsule du cristallin; s'il existe quelques points d'opacité vers le centre de cette capsule ou du corps lenticulaire, l'effet est plus équivoque; mais, en insistant, on finit par obtenir un changement en mieux.

SECTION VI.

Lésions du Globe par causes externes (1).

Une contusion sur le globe a lieu le plus ordinairement à travers le tissu de l'une ou de l'autre paupière, ce qui amortit la violence du coup. Quelquefois cependant le globe est immédiatement frappé, sans que, malgré l'excessive rapidité de leurs mouvements, ces voiles mobiles aient pu parer le coup. Cet accident peut être léger en apparence, et avoir des suites funestes, tandis que d'autres fois il est immédiatement suivi de désordres et de symptômes inquiétants qui se dissipent facilement.

Madame J***, âgée de trente-six ans, bien constituée, reçut en juillet 1817, sur l'œil gauche, un ballon de sept pouces de diamètre, lancé avec une très-grande force. Les douleurs furent des plus violentes à l'œil, et sur-tout autour de l'orbite. Nous pensâmes, M. Jacquemin, son médecin, et moi, que le rebord orbitaire avait porté la plus grande partie de l'effort, vu le volume assez considérable du corps contondant, et que les douleurs du globe lui étaient moins propres que sympathiques de la contusion reçue par le périoste du rebord orbitaire à travers le tissu cutané qui ne

(1) Ὀφθαλμὸς ἔῤῥηγος, œil rompu. HIPPOCRATE.

présentait aucune trace de lésion. Nous prescrivîmes cependant une saignée du pied et l'application des sangsues à la tempe gauche. Les douleurs dans l'orbite, accompagnées, le matin au réveil, de la sensation d'un moucheron qui se serait introduit entre les paupières, ont duré près de deux mois, avec quelques intervalles, et n'ont disparu entièrement que peu-à-peu.

Des désordres organiques, graves en apparence, occasionnés par une contusion, se dissipent quelquefois très-promptement (tom. II, pag. 502, et pl. 49, fig. 2). D'autres fois, le rétablissement, d'abord satisfaisant, est suivi d'une phlegmasie chronique, et enfin d'amaurose (tom. II, pag. 467, 474).

Un corps dur, une balle, par exemple, en frappant l'œil avec violence, occasionne souvent une ecchymose interne, qui fait que le malade aperçoit les objets teints en rouge (tom. II, pag. 464). La pupille se dilate peu après, et cette dilatation augmente dans les jours suivants; il s'y joint dans quelques cas un peu d'irrégularité (*ibid.*). La vue se soutient assez long-temps, de manière à étonner, lorsqu'il n'y a d'abord qu'une dilatation par mydriase simple (observation 291). Le sujet de cette observation avait eu de plus une lésion dans l'organisation du cristallin, puisque bientôt après il se forma une cataracte. M. H*** (tom. II, p. 471), n'eut d'abord qu'une simple mydriase par l'effet d'une boule de terre qu'on lui lança en jouant, et

dans laquelle se trouvait une petite pierre. Il conserva, pendant près de cinq mois, la faculté de lire, à l'aide d'un carton percé d'un petit trou; ensuite le cristallin devint opaque, la rétine se paralysa, et, par suite, l'œil fut désorganisé.

Au nombre des accidents graves en apparence, mais légers en réalité, on peut mettre de petits désordres superficiels (tom. II, pag. 487), occasionnés par des contusions peu graves.

Il est d'autant plus important d'apporter la plus grande attention aux suites d'une forte contusion ou d'une blessure faite à l'un des yeux, que dans plusieurs cas, on a vu l'autre œil s'affecter sympathiquement après la perte du premier (tome II, page 491).

Madame P***, marchande de vins, d'une faible complexion, ayant reçu un soufflet d'un homme ivre, perdit l'œil gauche par une amaurose. Un mois après l'extinction totale de cet œil, en juillet 1811, elle vint me consulter, ne voyant presque plus du droit, dont la pupille avait pris une forme allongée : c'est cet œil qui a servi de modèle pour la figure 3, planche 48. Le passage d'un séton à la nuque et l'emploi des moyens les plus indiqués n'ont fait que suspendre les progrès de la maladie : elle est aveugle et retirée dans un hospice.

Peut-être n'eut-elle point de contusion sur le globe, mais seulement sur le nerf maxillaire. Un coup vif sur ce nerf, au-dessous de l'orbite, ex-

cite une sensation lumineuse semblable à celle qui résulte d'un coup sur l'œil même.

On sait que la cornée est d'un tissu très-solide, qui lui permet de résister long-temps, même d'échapper aux désordres les plus graves, et souvent aux impressions des topiques les plus contraires. On a une nouvelle preuve de la fermeté de la structure de cette membrane, lorsqu'on la voit résister à un corps contondant, dont la force est telle, que l'iris, pressée par elle et par l'humeur aqueuse, est détruite dans une partie de son étendue (tome II, page 489; pl. 44, fig. 1). La saignée de la jugulaire et l'application de petites sangsues sur la conjonctive tuméfiée sauvent quelques yeux sur la conservation desquels il semblait d'abord qu'on ne pouvait pas compter (tom. II, pag. 499). L'indication qui se présente, quelle que soit la gravité des accidents, est toujours de les combattre sans relâche par les saignées, la diète, et tous les moyens antiphlogistiques; car, si on est obligé de renoncer à l'espoir de conserver la vue, on doit au moins dissiper les douleurs, et pourvoir à la forme de l'œil qui reste quelquefois long-temps dans un état d'irritation chronique, et dont le prompt rétablissement est d'une si grande importance pour l'intégrité de l'œil sain.

Si l'on veut réfléchir à la structure des parties externes et des parties propres du globe, on trouvera aisément quels sont les désordres qui peu-

vent résulter d'une contusion ou d'une blessure, selon la direction, la violence et la nature du coup, et selon la partie offensée.

On voit quelquefois le cristallin déplacé par l'effet d'une contusion (tom. II, pag. 489, 501; pl. 50, fig. 2 et 3; pl. 51, fig. 1 et 2). Si cet accident a lieu chez un enfant, le corps déplacé fond ordinairement peu-à-peu, et disparaît entièrement. Chez un adulte, il faut le retirer par une incision faite à la cornée; mais, pour exécuter cette opération, il est bon d'attendre que l'irritation de l'œil soit beaucoup diminuée.

Si le coup a rompu le globe, la tuméfaction des paupières et de la conjonctive est considérable, et on ne peut songer à conserver la vue (tome II, page 488, 500, 516).

Lorsque la sclérotique est contuse, excoriée, ou divisée, elle forme quelquefois une protubérance; la pupille est presque toujours plus ou moins dilatée, et la vue est ordinairement perdue (tome II, page 489; pl. 50, fig. 1; page 494; pl. 55, fig. 2).

Une simple piqûre de cette membrane peut laisser la vue intacte, si elle n'a pas pénétré trop avant, et que les moyens antiphlogistiques indiqués aient été employés à-propos (tome II, page 494, 495).

La piqûre non pénétrante de la cornée excite ordinairement une forte irritation, qui cède à des applications de sangsues (tome II, page 503).

Si l'instrument a ouvert cette membrane et entamé la capsule du cristallin, il se forme une cataracte (tome II, page 496) qui souvent, chez les jeunes sujets, disparaît par l'action du système absorbant. On voit ce résultat chez les enfants du premier âge plus fréquemment que chez ceux qui approchent de la puberté; cependant il a encore lieu quelquefois après cette époque (tom. III, pag. 364).

Lorsqu'un instrument tranchant a divisé la cornée et l'iris, et que le cristallin est déchatonné, il se déplace quelquefois et s'approche de la cornée. Il contracte des adhérences avec la marge pupillaire de l'iris. Cette membrane s'avance vers la face concave de la cornée, en adhérant aux lèvres de la blessure, et empêche ainsi que le cristallin, qui prend de l'opacité dès les jours suivants, ne tombe au bas de la chambre antérieure, rétrécie par cette adhésion. Une petite portion de l'iris sort dans quelques cas, et la choroïde peut paraître; mais cette hernie rentre d'elle-même à mesure que la plaie se cicatrise (tome II, page 476; pl. 53, fig. 3). Le cristallin se présente quelquefois au moment du coup, entre les lèvres de l'incision faite à la cornée (tome II, page 485; pl. 53, fig. 2). La vue peut se rétablir après sa sortie, et devenir aussi bonne, à l'aide d'un verre convexe, qu'elle l'est ordinairement après l'extraction de la cataracte (tome II, page 486, 487).

La cicatrice qui succède à une blessure de la cornée est quelquefois si peu visible, qu'on a de la peine à l'apercevoir (tome II, page 482); d'autres fois elle est apparente, mais ne gêne point ou presque point la vision, même lorsqu'il y a eu procidence de l'iris et que la pupille est restée allongée (tome II, page 480; pl. 48, fig. 2; page 481; pl. 36, fig. 1; page 482; pl. 36, fig. 3).

L'ouverture simple de la cornée, sans lésion de l'iris, donne très-souvent lieu, sur-tout chez les enfants, à des dépôts dans la chambre antérieure (tome II, page 481). En général, je ne les trouve pas rebelles.

L'œil est presque toujours perdu lorsqu'un corps étranger a été introduit dans le globe, soit à travers la cornée (tome II, page 490), soit à travers la sclérotique (tome II, page 493; pl. 54, fig. 2). Dans l'un et l'autre cas, il y a ordinairement paralysie de la rétine et opacité du cristallin, suites d'une blessure aussi grave. Dans le premier cas, il survient quelquefois des épiphénomènes qui attirent inutilement l'attention (tome II, page 498). On ne doit songer qu'à détourner le *raptus* du sang, qui a lieu vers l'œil blessé. Lorsqu'il est évident que l'on ne peut même en conserver la forme, je ne connais que des cataplasmes émollients, des saignées du pied, et la diète, qui doit être très-austère dans les premiers jours. On peut éviter d'inciser la sclérotique (tome II, page 518) ou tout autre mem-

brane tuméfiée. Tout ce qui est frappé de désorganisation s'atrophie par les efforts de la nature aidés de quelques cataplasmes émollients.

Une femme de trente-six ans, assez replète, enceinte de six mois et demi, se laissa tomber, étant montée sur une chaise. Un clou à crochet fixé dans un mur perça la paupière inférieure et le globe de l'œil droit : elle éprouva des accidents qui eurent beaucoup d'analogie avec ceux qui survinrent aux sujets des observations 290 et 305. Trois saignées du bras, des cataplasmes de mie de pain et de lait, et une diète modérée, suffirent pour les calmer. Je l'ai vue dix ans après : elle ne portait point d'œil d'émail ; mais le globe était resté assez atrophié pour qu'elle pût en faire usage.

Un grain de plomb qui pénètre à travers la sclérotique paralyse toujours l'œil ; je n'ai vu d'exception que pour le sujet de l'observation 297.

On doit avertir ceux qui ont un œil perdu par cette cause (tome II, page 509), même lorsque le grain de plomb a seulement désorganisé le globe en le frappant (tome II, page 504), de se servir avec les plus grands ménagements de l'œil sain, attendu que cet organe court continuellement le danger de s'affecter.

L'amaurose, qui se forme toujours lorsque le grain de plomb a atteint vivement le globe sans y pénétrer (tome II, page 505, 506), est incurable. Elle est probablement due à la pression

vive et instantanée qui, à travers les parties constituantes du globe, produit un dérangement dans l'organisation de la rétine.

Lorsque le grain de plomb pénètre, il est presque toujours invisible, et entraîne ordinairement la fonte du globe. Il n'y a rien de plus rare que de le voir dans l'œil à travers la cornée (tome II, page 508).

M. Del***, âgé de vingt-neuf ans, bien constitué, reçut dans l'œil droit, le 22 juillet 1817, un grain de plomb de la grosseur de celui que l'on voit pl. 56, fig. 3, et qui vint à lui, par ricochet, après avoir frappé sur un terrain couvert de cailloux. Cet accident eut lieu à trente lieues de la capitale : il était sept heures du soir. M. Del*** partit sur-le-champ, et arriva à Paris le 23 à dix heures du matin. Je fus appelé avec M. Lebreton fils. Les douleurs étaient excessives. Nous trouvâmes la cornée terne et un commencement de chémosis, qui nous empêcha de reconnaître si le grain de plomb avait pénétré dans le globe; mais, dès le lendemain, nous en fûmes assurés par la rapide augmentation de tous les accidents. Malgré deux saignées faites le 23, la première au bras, à onze heures du matin, l'autre au pied, à dix heures du soir, l'insomnie, les douleurs aiguës, le gonflement des paupières et de la conjonctive, ne cessèrent de faire des progrès. Nous ne pûmes voir l'œil depuis le 24 au matin jusqu'au 31. Le 24 au soir, on appliqua dix sang-

sues à la tempe et autant à la paupière inférieure, et on lui passa un séton à la nuque. L'œil fut couvert de cataplasmes émollients. Il s'entr'ouvrit le 1er août; le 3, il sortit un grain de plomb de l'intérieur du globe avec un fragment de la cornée. Le globe s'atrophia ensuite aisément, et M. Desjardins, émailleur, remédia à la difformité par le moyen d'un œil d'émail. On ne saurait croire jusqu'à quel point de perfection a été corrigée, par cet habile artiste, celle du sujet de l'observation 304, malgré la gravité de sa blessure.

Dans certains cas, après des blessures occasionnées par des grains de plomb, la vue se conserve imparfaitement pendant quelque temps (tome II, page 512). Je n'ai jamais cru que, dans ces cas rares, le plomb eût pénétré dans le globe, et même, à ma connaissance, ce peu de vue ne s'est jamais soutenu.

Quant aux moyens thérapeutiques à employer dans le traitement des désordres qui font le sujet de cette section, je renvoie aux observations citées : on prendra, par leur lecture, une idée de la marche à suivre, selon l'espèce de l'accident que l'on aura à traiter.

SECTION VII.

Des Névroses de l'organe de la vision.

CHAPITRE PREMIER.

De l'Amaurose.

L'amaurose (1) est une lésion plus ou moins grave et plus ou moins apparente des fonctions du nerf optique.

Je dis plus ou moins apparente; car, dans les cas rares où la pupille conserve ses mouvements de contraction et de dilatation, malgré l'amaurose la plus complète (2), le praticien reconnaît encore, par un examen attentif, quelques symptômes qui lui font prononcer que la maladie est réelle ou simulée, comme un léger strabisme, si un œil seul est malade, et, en général, un mode différent dans l'exécution des mouvements de la pupille, qui, elle-même, dans ces cas équivoques, se trouve ordinairement ou un peu plus large ou un peu plus étroite que dans son état

---

(1) Synonymie. *Amaurosis.* Ἀμαύρόω, *obscuro.* Paul d'Égine. Rei med. lib. III, cap. 22.

(2) Voyez une notice relative à des recherches faites récemment par M. Larrey, sur la mobilité de l'iris dans certains cas d'amaurose, Bulletin des sciences par la Société philomatique de Paris, août 1817.

naturel, état qui peut être évalué par approximation, d'après l'âge, le sexe, le volume du globe, et la couleur de l'iris. Ce n'est pas toujours par un examen spécial que l'on découvre le strabisme presque insensible dont je viens de parler; c'est plus ordinairement pendant une conversation établie avec le malade, et au moment où il ne songe point à son œil paralysé.

On sait assez que le symptôme pathognomonique ordinaire de cette maladie est une diminution plus ou moins marquée, ou même une suppression absolue des mouvements de l'iris, par lesquels la pupille est alternativement dilatée et resserrée. Les Arabes la croyaient due à une goutte d'humeur qui, en laissant l'œil serein, obstruait une cavité qu'ils supposaient dans le nerf optique, et c'est de-là que vient le nom vulgaire de goutte sereine.

Ce n'est que dans une pratique très-étendue que l'on peut connaître, aussi exactement du moins que le permet l'état actuel des connaissances, les différents caractères de cette maladie. Mais, à défaut de l'examen des malades, on pourra, j'espère, connaître les variétés que présente l'amaurose, en comparant entre elles les observations relatives à cette maladie, que l'on trouvera dans le tome III, et celles dont je ferai une mention sommaire dans le cours de ce chapitre.

J'ai classé dans mes manuscrits, d'après les divisions que je vais établir, plusieurs centaines

de Mémoires à consulter, avec les minutes des réponses qui leur sont relatives et un grand nombre d'observations, le tout concernant cette névrose; je me ferai un devoir d'en communiquer la lecture aux gens de l'art, qui auront intérêt à approfondir en particulier cette matière, et je répète ici ce que j'ai déja dit : si certaines observations, dont je n'ai pu donner que des extraits (1), laissent quelque chose à desirer à un praticien ayant un cas analogue à traiter, à un écrivain qui voudrait approfondir le même sujet, ou même à un lecteur studieux, chaque observation comprise dans cet ouvrage lui sera communiquée directement par moi, s'il est à Paris, ou à son correspondant, s'il est régnicole, ou étranger, non-seulement dans son intégrité, mais encore avec toutes les pièces accessoires, s'il en existe, et avec celles dont j'ai parlé plus haut.

En lisant et méditant ces observations, en étudiant la marche de la maladie dans ma pratique journalière, et en comparant ce qui a été dit à son sujet par les auteurs anciens et modernes, il m'a paru que le siége de l'amaurose ou de l'obstacle qui s'oppose à la libre communication

(1) Telle observation comprise dans une page, en aurait rempli plus de vingt, si j'avais donné textuellement les lettres et mémoires qui lui sont relatifs, et cependant j'entrevois déja que je serai entraîné beaucoup au-delà des limites que je m'étais prescrites.

entre la rétine et le cerveau, était, le plus ordinairement, dans l'intérieur du globe, quelquefois dans la substance même du nerf optique; que plus rarement cet obstacle reconnaissait pour cause une compression éprouvée par ce nerf dans son trajet, et que souvent son siége était la substance du cerveau dans les couches optiques ou dans leur voisinage.

Cette division, relativement au siége de la maladie, qui m'a paru la plus fondée sur sa nature, et que je me crois autorisé à donner, en m'appuyant sur la collection la plus nombreuse de faits, ne s'écarte pas essentiellement de celle qui a été proposée par Boerrhaave (2).

Je ne prétends cependant point établir des règles certaines d'après lesquelles on puisse résoudre, dans tous les cas, la question suivante: *Quel est le siége d'une amaurose d'après les symptômes qu'elle présente?* mais j'offre à de plus habiles une quantité immense de matériaux. J'espère qu'on les coordonnera de plus en plus utilement aux connaissances acquises, à mesure qu'elles feront des progrès; et ces progrès ne sont point douteux pour moi, d'après les efforts que font chaque jour, d'un bout de l'Europe à l'autre, tant de savants estimables qui consacrent à l'avancement de la science, leur fortune, leurs veilles, et leur existence.

---

(1) Leçons publiques sur les maladies des yeux, page 96.

Il serait superflu de faire remarquer que la maladie peut, dans des cas rares, avoir son siége dans plusieurs des points assignés. Dans la pratique, je me trouve bien d'examiner d'abord, sous un point de vue général, les cas d'amaurose qui se présentent à mon observation, et ensuite d'assigner pour chacun le siége où se trouve la maladie, lorsque toutefois cette distinction est possible, et malheureusement elle ne l'est pas toujours. Je suivrai ici la même marche.

Les causes prédisposantes de l'amaurose sont: la pléthore sanguine et tout ce qui peut favoriser la formation de l'apoplexie (1); une disposition héréditaire, et une certaine idiosyncrasie. Les causes occasionnelles sont : les liaisons sympathiques; les embarras gastriques; l'impression d'une vive lumière; une ophtalmie interne; les céphalalgies; les blessures à la tête, sur-tout celles du sourcil, de la paupière supérieure, et du globe; les maladies générales d'un systême; la colère ou une autre vive affection morale; la suppression des menstrues, des lochies, du flux hémorrhoïdal, d'un catarrhe périodique de la membrane pituitaire, de l'excrétion du lait, d'un ulcère naturel ou artificiel, de l'action du tissu cutané; l'accouchement; la rétropulsion d'exanthêmes; l'abus des plaisirs vénériens; la masturbation; les

(1) Voyez l'excellent article *Apoplexie* du dictionnaire des Sciences médicales, par M. le docteur Lullier-Winslow.

convulsions; les fièvres; les hémorrhagies; l'abus des saignées; l'application excessive de la vue, surtout aux lumières; et les lésions organiques dans l'intérieur du crâne (*voy.* ci-dessus, p. 67 et suiv.).

L'amaurose due à une pléthore sanguine est constamment, pour moi, une annonce d'apoplexie imminente; il ne m'arrive jamais d'être consulté dans ce cas sans donner au malade une note, que je l'engage à communiquer au médecin qui lui donne des soins habituels, et c'est ici le lieu de rappeler ce que dit Boerrhaave, qu'on a regardé à tort l'amaurose comme incurable, puisque personne ne guérit l'apoplexie qu'il ne guérisse en même temps cette maladie (1). Je vois la réplétion trop considérable du système vasculaire sanguin porter le plus souvent son action dans l'intérieur du crâne, lorsqu'elle occasionne une amaurose (obs. 339); quelquefois cependant on peut reconnaître que le siége de la maladie est dans le globe.

La disposition héréditaire ne se rencontre pas très-fréquemment dans la pratique; toutefois je suis dans l'usage de demander au malade, s'il se rappelle que sa nourrice ou quelqu'un de sa famille ait été attaqué de cette maladie (obs. 332).

J'ai plusieurs exemples de frères et sœurs qui en ont été affectés plus ou moins. Quatre sœurs ne voyaient point ou voyaient très-peu de l'œil

---

(1) Ouvrage cité, page 94.

droit; la pupille toutefois conservait un peu de mobilité, mais celle du père n'en avait presque aucune : il n'avait jamais vu de cet œil que très-imparfaitement. Heureusement son fils unique ne se ressentait point de cette imperfection héréditaire, et il n'a transmis cette disposition à aucun de ses quatre enfants.

Mademoiselle de B***, riche héritière, refusa de se marier pour tenir compagnie à sa mère, devenue aveugle par des amauroses complètes. Cette nouvelle et respectable Antigone perdit un œil à l'âge de trente-deux ans, par la même maladie, et l'autre ne fut sauvé qu'à l'aide des précautions les plus suivies.

Par une espèce d'idiosyncrasie, certaines personnes semblent destinées à tomber dans l'aveuglement; elles ne peuvent se permettre le plus léger excès sans éprouver de l'altération dans la faculté de voir, et même d'autres symptômes plus alarmants.

C'est encore une espèce d'idiosyncrasie acquise, que celle qui résulte, soit de la perte d'un œil par une amaurose, soit d'une fatigue extrême de la vue. Dans le premier cas, l'œil sain est, par sa liaison sympathique avec l'autre, continuellement menacé du même sort.

Cette sympathie ne s'exerce pas seulement d'un œil perdu à un œil sain; l'amaurose a souvent pour cause une correspondance entre le nerf optique et les nerfs de l'oreille, des dents, et

même ceux qui se distribuent à des parties beaucoup plus éloignées; ainsi l'hypocondrie et l'hystérie sont des causes d'amauroses. Une des causes les plus ordinaires de cette névrose est l'embarras gastrique; de-là les bons effets qu'on obtient souvent des émétiques, dont il ne faut cependant point faire, dans tous les cas, un usage irréfléchi.

Les relations qui existent entre les nerfs de l'organe de la vision et l'intercostal (1), donnent encore naissance à beaucoup d'amauroses, par la correspondance que ces relations établissent entre les viscères abdominaux et les yeux. Un jeune homme mourut à l'âge de vingt ans dans un état de cécité qui reconnaissait pour cause, depuis plusieurs années, des amauroses précédées de violentes céphalalgies, qui l'avaient réduit à un état de maigreur extrême, et l'avaient jeté dans un état habituel d'imbécillité. A l'ouverture du corps, L. Heister trouva l'épiploon putréfié; le foie était émacié et parsemé de taches noires; les poumons, remplis de tubercules durs et noirs, étaient adhérents à la plèvre. Il ne paraissait aucun vice extérieur aux yeux, si ce n'est que les pupilles étaient fort larges. Le corps vitré de l'œil droit était dans un état de dissolution complète; le cristallin avait perdu de son volume naturel et de sa fermeté (2).

---

(1) Winslow, Traité des nerfs, §. 34. — Petit, Mémoire de l'Académie des Sciences, 1727.

(2) Act. nat. cur. vol. 1, obs. 171.

Madame C***, d'Alençon, vint à Paris, en septembre 1766, pour consulter mon père. Elle avait une tumeur à l'ovaire et à la trompe du côté gauche, que l'on regardait comme un dépôt laiteux. Cette tumeur avait beaucoup diminué par l'effet des remèdes que lui avait prescrits M. Desnos, médecin à Alençon, lorsqu'une douleur aiguë se déclara dans le fond de l'orbite gauche, accompagnée d'amaurose imparfaite à l'œil du même côté.

On peut regarder comme sympathiques de l'état des voies de la digestion, les affections des nerfs optiques qui reconnaissent pour cause un embarras gastrique ou l'action d'un poison (obs. 320, 321).

L'impression d'une vive lumière est une cause fréquente d'affection de l'organe de la vue. Galien a vu des curieux qui, en examinant avec trop d'attention des taches du soleil, perdirent la vue par des amauroses complètes (1). Les astronomes ont besoin de prendre les plus grandes précautions pour ne pas courir de semblables dangers (obs. 316). La réverbération de la neige, sur laquelle se réfléchissent les rayons du soleil, a souvent produit un effet semblable (obs. 317). Ceux qui sont exposés habituellement à un feu très-ardent, comme les forgerons, les cuisiniers, etc., sont sujets à cette maladie.

(1) De usu partium, lib. X, cap. 3.

Une ophtalmie interne est souvent suivie d'amaurose occasionnée par la dilatation des vaisseaux de la rétine et du nerf optique (1). Boerrhaave dit, à ce sujet (2): « Il arrive souvent que nous sommes affectés d'une telle inflammation de la membrane pituitaire, dont les artères gonflées compriment les filets du nerf olfactif, que notre odorat est entièrement anéanti; le même effet est produit dans le nerf optique, lorsque les artères qui lui appartiennent sont enflammées, et pressent ses filets au point de détruire le sens de la vue. »

Les céphalalgies doivent-elles être mises au nombre des causes de l'amaurose? ou doit-on les regarder comme effets de lésions dans l'intérieur du crâne, dont elles ne sont qu'un symptôme, ainsi que l'amaurose? Je conviens que, dans certains cas particuliers, et que, généralement en théorie, elles doivent être regardées moins comme causes, que comme symptômes dépendants, avec l'affection du nerf optique, d'une lésion quelconque; mais dans une pratique très-étendue, on a tous les jours occasion de se convaincre que la phlegmasie chronique des membranes du cerveau est plutôt cause que symptôme concomitant de l'amaurose. On n'en est point surpris en réflé-

(1) Voyez planche 9, au trait, ombrée et coloriée, fig. 2, 3, 4, 5.

(2) Ouvrage cité.

chissant que l'artère qui fournit l'ophtalmique (pl. 7, fig. 1, 2) donne presqu'en même temps des rameaux à la dure-mère; il est aisé de concevoir alors combien est fondée la remarque d'Aëtius, que souvent l'amaurose se forme pendant l'existence d'une fièvre violente accompagnée de céphalalgie. Les observations du tome III, relatives à cette maladie, offriront des preuves de la justesse de cette remarque, et les Mémoires dont je n'ai pas fait usage m'en fourniraient cinquante fois plus. On ne se trompe presque jamais, dans ces cas, en disant au malade : « Depuis que votre vue est troublée votre mal de tête est diminué. »

Les blessures du sourcil et de la paupière supérieure paralysent souvent la rétine d'une manière plus ou moins complète. « La vue perd de sa force par l'effet des blessures faites au sourcil et un peu au-dessus; plus la blessure est récente, moins la vue est trouble. Lorsque la cicatrice est long-temps à se former, la faculté de voir se perd de plus en plus (1). » On sait que cet effet sympathique n'a lieu que lorsqu'un filet remarquable du nerf frontal se trouve intéressé sur le front, ou même dans l'étendue et à la proximité d'une des deux paupières (pl. 1, fig. 2), où l'on voit des ramifications de ce nerf, dont Meckel a donné une bonne description. J'ai vu la rup-

(1) Hippocrate, Coacæ prænotiones.

ture du sac lacrymal, ou plutôt la distension et la destruction des filets de nerfs qui passent au-devant, donner lieu à l'amaurose (obs. 52).

Morgagni (1), qu'on ne peut jamais lire assez, rapporte qu'une dame reçut deux blessures, par les éclats des glaces d'un carosse, dans lequel elle fut renversée; l'une de ces blessures, située près du petit angle, était légère; l'autre se trouvait au-dessus du sourcil vers le grand angle, lieu où se distribuent les ramifications du nerf frontal à sa sortie de l'orbite. Il n'y eut aucune autre blessure à la tête ni au corps; on ne remarquait aucune lésion soit à la cornée, soit au globe, et cependant cette dame perdit la vue de ce côté, au point que le quarantième jour elle distinguait à peine une lumière assez vive.

Depuis un grand nombre d'années, M. de L*** avait dans le cuir chevelu une loupe, ou tumeur enkystée, de la grosseur d'une très-petite noisette, qui le gênait peu; cependant il desira en être délivré. Elle était située à trois pouces de l'extrémité externe ou queue du sourcil gauche, directement au-dessus. L'opération fut simple, et exécutée selon les règles de l'art. Dès le soir même, une violente ophtalmie se déclara à l'œil du même côté, et le lendemain matin le droit était perdu par une amaurose complète. La pupille de cet œil est restée, depuis cinq ans, dans le même état, c'est-à-

---

(1) Epistol. Anatomie 18, n° 7.

dire immobile, en conservant son diamètre naturel. J'ai dit plus haut (page 262), que la cornée de l'œil gauche ayant entièrement perdu sa transparence, et la pupille s'étant beaucoup rétrécie, j'ai été cependant assez heureux pour rétablir la vue de ce dernier œil. Au moment où j'écris (1818) j'ai souvent occasion de m'assurer que M. de L*** voit à-peu-près comme il voyait avant sa cécité, et sa vue gagne encore de mois en mois.

Si la blessure atteint le globe, et qu'elle ait une certaine force, soit qu'il en résulte une plaie ou seulement une contusion, elle occasionne ordinairement une paralysie de la rétine (obs. 261, 262, 264, 265, 284, 299, 300), qui, dans certains cas peu communs, s'étend sympathiquement à l'œil opposé (obs. 302).

M. L***, pharmacien à Reims, âgé alors de vingt-six ans, vint à Paris en 1787, pour consulter mon père. Un éclat de verre lui avait coupé transversalement la cornée de l'œil gauche; les accidents avaient été combattus par les moyens ordinaires; mais cette membrane, devenue blanche dans la plus grande partie de son étendue, forma une protubérance qui occasionna la perte de la vue de cet œil (pl. 60, fig. 1). Dès l'instant de la blessure, la vue de l'œil droit avait été troublée, et était devenue presbyte à un degré très-marqué: le malade ne pouvait lire qu'à l'aide d'une loupe; on craignait pour cet œil: des précautions générales suffirent pour écarter le danger. M. L***,

qui continue à Reims sa profession, est venu à Paris, le 4 septembre 1817, pour me consulter relativement à quelques inquiétudes qu'il avait conçues. Il m'a dit que sa vue était toujours restée presbyte au même degré.

M. Larrey m'a remis une note de sa main, de laquelle il résulte qu'il a eu occasion de voir l'iris perdre ses mouvements à la suite de percussions très-violentes, mais circonscrites, sur les bords de l'orbite; tandis que la vue ne paraissait point du tout altérée. Il a fait cette remarque, à différentes époques, sur des soldats qui, par suite de coups de balles reçus sur un des points indiqués, avaient éprouvé cet accident.

M. Larrey ajoute qu'à la vérité il a vu aussi la même cause détruire à-la-fois les propriétés vitales dans l'iris et dans la rétine : il en cite des exemples, notamment celui d'un garde-du-corps et celui d'un garde-royal, récemment réformé pour cette infirmité.

Une pression vive et instantanée sur le nerf maxillaire supérieur, à sa sortie du canal sous-orbitaire, excite la même sensation lumineuse, qu'une pression sur le globe de l'œil : de-là probablement l'expression vulgaire, qu'un soufflet a été si fort, qu'il a fait voir trente-six chandelles. Je présume que celui qui fut donné à madame P*** (*voy.* ci-dessus, page 355), produisit une contusion sur ce nerf. J'ai vu plusieurs autres fois une amaurose occasionnée subitement par un soufflet; dans

quelques-uns de ces cas, la maladie s'est étendue à l'œil opposé, et cela dans le cours de l'année. Alors la contusion du nerf maxillaire supérieur était évidemment la cause de la perte de la vue, par liaison névrologique; ce qui n'est peut-être point inutile à faire connaître aux personnes assez peu maîtresses d'elles-mêmes pour se permettre quelquefois ce mode avilissant et brutal d'insulte, de vengeance, ou de correction.

Les maladies générales d'un système, les altérations que les solides et les fluides peuvent subir, occasionnent ou compliquent fréquemment l'amaurose (obs. 315, 331, 335, 347). Le vice scrophuleux a souvent donné lieu à des concrétions dans l'intérieur du crâne (*voyez* plus haut, page 67). Le vice syphilitique peut occasionner dans ces mêmes parties différents désordres, et notamment des caries et des exostoses.

« Il arrive quelquefois dans la vérole, dit Boerrhaave (1), que le périoste de la base même du crâne et le périoste de l'apophyse de l'os cunéiforme, viennent à suppuration à l'endroit où cet os forme une espèce d'arcade, par laquelle sort le nerf optique; vice qui, communiqué au nerf, le corrompt et cause un aveuglement incurable.... Cette maladie nous a fourni un exemple d'amaurose occasionnée par la compression du nerf optique, effet d'une exostose : on s'aperçut que

(1) Ouvrage cité, page 100.

la petite lame de l'os cunéiforme, qui est épaisse en cet endroit, était attaquée d'exostose, d'où suivit la compression du nerf et une goutte sereine, malgré que le cerveau et les nerfs ne fussent point endommagés. » Une diathèse générale séreuse, lorsqu'elle a causé l'amaurose, m'a toujours paru avoir agi par épanchement dans l'intérieur de la masse encéphalique; dans mon opinion, il résultait de cet épanchement une compression sur l'origine des nerfs optiques, et quelquefois une espèce de macération de leur substance; aussi j'insiste beaucoup, dans ces cas particuliers, sur l'usage des hydragogues.

La colère (obs. 340), ou toute autre vive affection de l'ame, comme un violent chagrin, peut occasionner subitement l'amaurose. Richter (1) a vu un malade qui, dans un accès de colère, perdit tellement la vue, qu'il n'apercevait pas même la clarté du soleil. Le lendemain il prit un vomitif indiqué par des signes de saburre, et il recouvra la vue dans la même journée. Une femme fut frappée d'amaurose, dans une nuit, par l'effet du chagrin qu'elle éprouva de la mort de son fils (2).

La suppression des règles (obs. 350) est une cause très-fréquente d'amaurose; cette maladie

---

(1) Fasc. II, cap. 5, page 73.

(2) Herculanus, Comm. in Rhasis, lib. 9.

cède le plus ordinairement, quand l'aménorrhée cesse promptement, ou que la première apparition des menstrues ne tarde point trop, s'il s'agit de jeunes filles non encore réglées (obs. 351). Je l'ai vue plusieurs fois produite après l'accouchement, par la suppression des lochies, et guérie le plus ordinairement par leur rétablissement.

La diminution ou la disparition d'un flux hémorrhoïdal, soit sanguin, soit séreux, est une des causes les plus fréquentes de l'amaurose, et il faut toujours questionner les malades à ce sujet.

Mais le défaut de retour des affections catarrhales périodiques est la source la plus féconde des névroses de l'organe immédiat de la vision. Ceux de mes confrères qui me feront l'honneur de profiter de mon offre, s'apercevront, en parcourant une quantité considérable de mémoires à consulter relatifs à des amauroses, que, dans un très-grand nombre, il est fait mention d'affections catarrhales, qui ont diminué ou ont disparu peu avant l'apparition de ces maladies. Je vois souvent la suppression d'une très-légère excrétion muqueuse (obs. 327), et encore plus souvent, celle d'un *coryza* (obs. 328), donner naissance à des affections de la rétine.

Rarement l'amaurose se forme, parce que le lait a cessé de couler par les mamelles, soit à l'occasion du sevrage, soit par une suppression pathologique de cette sécrétion.

Je l'ai vue fréquemment occasionnée par la

guérison intempestive d'un écoulement fourni par un ulcère naturel ou artificiel.

La diminution de l'action du tissu cutané (obs. 325, 326, 348) est une cause non moins ordinaire, et j'ai des observations nombreuses qui prouvent que, dans certains cas, la vitalité du système dermoïde ayant été lésée par l'impression subite d'un froid vif, il y a eu, à l'instant même où la transpiration a diminué, une lésion dans l'organe immédiat de la vue.

On a mis l'accouchement au nombre des causes qui peuvent occasionner l'amaurose. Dans le petit nombre de cas de ce genre qui se sont présentés à mon observation, il m'a paru que la suppression totale ou partielle des lochies donnait plus ordinairement naissance à cette lésion, que les efforts exigés par un accouchement laborieux. J'ai été consulté par des femmes qui, pendant chacune de leurs grossesses, éprouvaient une amaurose plus ou moins complète jusqu'après l'accouchement. Morgagni a connu plusieurs faits semblables; il attribue cet effet à la turgescence des artères et des veines de l'extérieur et de l'intérieur du nerf optique (1): il semble plus naturel d'en accuser une idiosyncrasie particulière, et une correspondance sympathique entre l'utérus et les nerfs de l'organe de la vision, puisque, le plus communément alors, l'affaiblissement de la vue

(1) De sedibus et causis morborum, epist. 13, n° 6.

commence peu après la conception, et avant qu'il y ait pléthore et pression sur les viscères du bas-ventre.

L'amaurose est souvent due à la rétropulsion des dartres, de la gale, de la teigne, ou de quelque exanthême aigu, comme la rougeole, la variole, etc.

L'abus des plaisirs vénériens est une cause assez fréquente de cette maladie. La masturbation porte sa funeste impression sur les nerfs optiques, et, d'une manière plus particulière, sur les nerfs moteurs de l'œil (obs. 392).

Je suis habituellement consulté pour des enfants affectés d'amauroses complètes, à la suite de convulsions qui ont eu lieu le plus ordinairement pendant la première dentition : j'en ai plusieurs soumis à mon observation au moment où j'écris, dont aucun ne me présente le moindre espoir de guérison.

Souvent la crise d'une fièvre dangereuse est une amaurose (obs. 324, 342, 343, 544, 345). Il m'a paru que presque toujours la maladie était alors dans l'intérieur du crâne, et que, le plus ordinairement, elle présentait peu d'espoir de guérison; on l'a attribuée, dans quelques cas de fièvres intermittentes, à l'emploi prématuré du quinquina.

Les coups ou blessures graves sur la tête donnent quelquefois lieu à des épanchements de sérosité ou de sang dans l'intérieur du crâne, qui compriment les nerfs optiques, et, en les macé-

rant, en quelque sorte, les réduisent à cet état de désorganisation où on les trouve à l'ouverture de la tête d'un enfant hydrocéphale. On conçoit aisément que s'il y a eu fracture et enfoncement d'une portion d'un des os du crâne, la pression qu'elle exerce sur le cerveau peut être assez forte pour s'étendre jusque sur le nerf optique.

L'asthénie qui résulte d'un affaissement dans les parois des vaisseaux par déplétion excessive naturelle ou artificielle du système vasculaire, doit être, et est en effet, une cause d'amaurose (obs. 355, 356).

L'application prolongée de la vue, sur-tout aux lumières, porte le désordre dans les fonctions de ces parties délicates (obs. 362), et certaines professions rendent ceux qui les exercent sujets à la myopie, a l'affaiblissement progressif de la vue et à la cécité, comme l'a fait remarquer M. Cadet de Gassicourt (1).

Enfin les lésions organiques de l'intérieur du crâne sont des causes malheureusement trop graves de cette maladie; mais ce ne sont point les plus communes (*voyez* ci-dessus, page 67 et suivantes).

Des Amauroses dont le siége est dans le Globe.

Dans des cas graves et peu nombreux, la lésion

---

(1) Mémoires de la Société médicale d'émulation, 8e année, page 171.

existe non-seulement dans l'intérieur de l'œil, mais encore dans le trajet du nerf optique, et même dans cette partie de la substance du cerveau de laquelle il prend son origine. Le plus ordinairement elle semble ne résider que dans un seul de ces lieux désignés; cependant elle peut s'étendre au-delà de ce siége unique, soit dès son principe, soit subséquemment, comme toute affection peut, dans d'autres parties du corps, ou s'établir, ou se propager sur plusieurs points.

La cause de l'amaurose réside le plus ordinairement dans l'intérieur du globe.

Quelle que soit la difficulté de classer des symptômes qui ont entre eux tant de points de contact par lesquels ils se confondent souvent, j'essaierai de désigner les nuances qui ordinairement font reconnaître dans la pratique que le siége de la maladie ne dépasse pas le globe, ou s'étend peu au-delà de l'insertion du nerf optique; et enfin, j'insisterai sur la division en amauroses par *hypersthénie*, et amauroses par *asthénie*. Cette distinction est fondée sur la nature de la maladie; et on est étonné combien, dans le traitement, elle produit de conséquences certaines pour le pronostic, pour le diagnostic, et même, dans quelques cas, pour la guérison plus ou moins complète.

De l'Amaurose par hypersthénie.

L'amaurose par hypersthénie ou exaltation pathologique de la sensibilité de l'organe immédiat

de la vue, peut être l'effet d'une phlegmasie du nerf optique; mais il m'a paru que c'est presque toujours dans l'intérieur du globe que se trouve le siége de cette espèce d'affection.

Elle est infiniment moins commune que celle qui reconnaît pour cause l'asthénie, ou la diminution de la sensibilité de ce même organe.

Dans la pratique, on ne voit ordinairement dans la première espèce qu'une augmentation de la sensibilité, dans laquelle le spasme ou l'irritation nerveuse domine exclusivement, et qui, parmi les causes énumérées plus haut, reconnaît particulièrement les suivantes :

Les liaisons sympathiques, notamment les affections spasmodiques de l'utérus;

La trop vive impression de la lumière naturelle ou artificielle, et celle du feu;

Les vices généraux, sur-tout le vice dartreux et le vice psorique;

Les vives affections de l'ame;

L'abus des plaisirs vénériens et la masturbation;

Les convulsions;

L'étude, les veilles et l'application excessive de la vue, sur-tout aux lumières.

Je suis souvent consulté pour des anomalies de ce genre par des gens-de-lettres.

M. l'abbé de G***, âgé de trente-trois ans, d'un tempérament mélancolique et bilieux, avait récemment fait imprimer un ouvrage qui l'avait condamné à de longues lectures. Il voyait de l'œil

gauche les couleurs beaucoup plus foncées que du droit, et naturellement, lorsqu'il regardait des deux yeux. Son état l'affligeait d'autant plus qu'il voyait voltiger des filaments transparents (*voy.* tom. III, page 421) qui l'inquiétaient quoique sans fondement. Une saignée du bras, quelques demi-bains tièdes, l'usage d'une eau minérale ferrugineuse, et un repos absolu, ont suffi pour sa guérison, qui toutefois n'a été obtenue qu'avec lenteur.

Une dame, âgée de trente-six ans, de constitution faible et nerveuse, souvent attaquée de spasmes de l'estomac qui l'obligeaient à prendre habituellement des bains tièdes, voyait, pour peu qu'elle s'occupât, des cercles blancs, des bluettes brillantes, et des points lumineux.

Quelques malades aperçoivent les objets plus petits et comme éloignés.

Je vois assez souvent cette affection modifiée par l'emploi des antispasmodiques, par l'usage des lunettes vertes, par le repos, etc., mais rarement je la vois guérir complétement.

M. ***, de Pont Sainte-Maxence, âgé de trente-sept ans, bien constitué, en est affecté; il peut vaquer à ses occupations, pourvu qu'il n'essaie point de lire ou d'écrire. Il y a dix ans qu'il observe le régime le plus strict, et il a employé tous les moyens indiqués, sans éprouver d'autre changement qu'une légère amélioration.

M. de G***, de Chartres, âgé de quarante-cinq

ans, gros, replet, de constitution lymphatique, n'a éprouvé aucun amendement depuis sept ans qu'il n'a cessé de combattre cette affection portée chez lui à un tel degré, que je l'ai vu ressentir une irritation prodigieuse, et larmoyer abondamment pour avoir voulu écrire son adresse : il voit bien pour les usages ordinaires de la vie, lorsqu'il porte des lunettes vertes, ou même un simple garde-vue.

Cette disposition hypersthénique a été moins rebelle chez une dame hollandaise âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament nerveux, chez laquelle je l'ai vue s'affaiblir assez pour lui permettre, après quelques années, de lire ou écrire plusieurs minutes de suite. Le besoin de porter des lunettes vertes était chez elle si impérieux, que, lorsqu'elle les ôtait un instant, la douleur que l'impression de la lumière lui faisait éprouver, excitait aussitôt une augmentation excessive de la contractilité de l'iris, un larmoiement, une injection des vaisseaux de la conjonctive, des contractions spasmodiques des muscles du globe, sur-tout du muscle orbiculaire des paupières, enfin un agacement général qui se communiquait par sympathie à l'estomac.

J'ai vu quelquefois cette névrose chez plusieurs individus de la même famille. M. P***, banquier à Paris, m'apporta, en 1815, un mémoire à consulter pour la fille de son frère, âgée de douze ans, et demeurant à Grenoble. Je fis remarquer

à M. P*** que tous les symptômes éprouvés par sa nièce étaient précisément semblables à ceux pour lesquels je lui avais fait passer à lui-même, dix-huit ans auparavant, un séton derrière le cou, et appliquer un moxa. Cette affection fut si rebelle, que ces moyens énergiques et tous les autres échouèrent; cependant M. P***, d'un tempérament bilieux et robuste, n'était alors âgé que de dix-neuf ans. La natation et des promenades prolongées jusqu'à la fatigue furent les seuls moyens qui le soulagèrent à la longue: le temps y fit plus que le reste. Encouragé par un succès que j'avais récemment obtenu, en guérissant, au moyen d'un traitement analogue, mademoiselle D***, jeune personne âgée de dix-sept ans, d'une complexion très-délicate, je m'étais attaché à combattre alors avec opiniâtreté chez M. P*** cette disposition pathologique des rétines.

L'agacement ou irritabilité de la rétine est porté quelquefois si loin, que la vue en souffre d'une manière sensible.

M. de R***, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, ne pouvait supporter qu'une demi-obscurité; dès qu'il s'exposait à l'impression de la lumière naturelle ou artificielle, ou qu'il essayait de lire, il voyait aussitôt, sur tous les objets, ce qu'il nommait une clarté phosphorique. Les objets jaunes lui paraissaient blancs, et les blancs lui présentaient une teinte jaune.

Une femme hystérique, âgée de trente-deux ans, lisait habituellement sans beaucoup de fatigue dans certains jours; souvent aussi, en lisant, sa vue s'éteignait subitement, au point qu'elle cessait de voir les caractères et le livre lui-même.

Une jeune personne de dix-neuf ans, d'une faible complexion, ne pouvait lire, et pour peu qu'elle regardât fixement un objet pendant quelques secondes, cet objet disparaissait tout-à-coup.

Dans cette espèce d'affection par augmentation de sensibilité, j'ai vu quelquefois la pupille, soumise subitement à l'impression de la lumière, se contracter et se dilater, pour se resserrer de nouveau, sans que la lumière variât et comme par un mouvement de balancement.

J'invite le lecteur qui voudra prendre une idée des phénomènes que présentent les affections hypersthéniques de l'organe immédiat de la vue, à lire les observations 309, 310, 311, 312, 313, 314, 320 et 321.

De l'Amaurose par Asthénie de la Rétine.

L'amaurose par diminution de la sensibilité de la rétine est la plus commune. Lorsque le siége de cette maladie est dans l'intérieur du globe, cette membrane est presque toujours affectée; mais les autres parties de l'œil peuvent s'en ressentir, et alors ces désordres diminuent souvent ou détruisent entièrement la sensibilité de cette expansion du nerf optique.

Un coup sur l'œil ou à la tête peut occasionner une congestion sanguine ou lymphatique dans les vaisseaux déliés de l'intérieur du globe, d'où résulte une pléthore locale, et une pression sur la rétine capable de suspendre plus ou moins ses fonctions.

M. Ribes (1) a vu les procès ciliaires, ainsi que leurs franges et leurs villosités, parfaitement injectés de sang, dans un œil tiré du cadavre d'un homme qui avait la partie orbitaire du coronal fracturée par un coup.

Il a trouvé dans les yeux d'un cerf, qui avait reçu une forte contusion à la tête, le corps vitré coloré en rouge, sur-tout vers la partie antérieure : cette couleur lui était manifestement donnée par le sang dont tous ses petits vaisseaux étaient remplis.

En disséquant deux fœtus, dont le premier était au terme de six mois et le second à celui de huit, chez lesquels la tête était déformée et paraissait avoir souffert au passage, il a vu que les yeux avaient tout le corps vitré coloré en rouge; mais le cristallin était parfaitement transparent, comme sur tous les autres sujets qu'il a examinés; sur tous aussi l'humeur aqueuse était plus ou moins rougeâtre.

J'ai ouvert des yeux amaurotiques, soit pendant

---

(1) Mémoire de la Société médicale d'émulation, 8e année, page 643.

la vie, pour faire l'extraction du cristallin devenu opaque, lorsque j'ai cru qu'il restait un peu de sensibilité à la rétine; soit après la mort, pour connaître l'état de l'intérieur du globe : tout m'a confirmé l'exactitude de l'observation faite par Heister (*voyez* ci-dessus, page 370).

La diminution de la densité naturelle du corps vitré, ou sa dissolution soit partielle soit totale, est-elle une cause d'amaurose, ou l'effet commun d'une désorganisation qui a occasionné l'une et l'autre maladie?

Brisseau (1) a soutenu la première opinion. Morgagni (2) l'a réfutée. Depuis, les sentiments ont été partagés.

Au reste, lorsque le corps vitré a perdu de sa consistance, on aperçoit un léger tremblement de l'iris à chaque mouvement de l'œil; j'ai vu souvent ce commencement de désorganisation accompagné seulement d'une faible diminution de la vue.

J'ai tenu note de plusieurs de ces cas. Un entre autres offre cette circonstance particulière, que le tremblement fut produit à l'œil droit un mois après la disparition d'une vive douleur dans l'oreille du même côté, qui avait été dissipée par des topiques. Le malade était âgé de quarante ans, et

---

(1) Traité de la cataracte et du glaucôme.

(2) Epistol. anatomic. 18, n° 39.

bien constitué. L'agitation onduleuse de l'iris était visible pour tout le monde; sa pupille se dilatait aisément à l'ombre et se contractait par l'impression de la lumière : il voyait tout, excepté à lire. Comme l'autre œil était très-bon, il n'eut recours qu'à des moyens simples, et, deux ans après, son œil droit était encore dans le même état.

Tout ce qui peut déranger la circulation dans les vaisseaux déliés de la rétine peut altérer les fonctions de cette membrane.

J'ai été consulté, il y a quinze ans, pour un homme de soixante-six ans, bien constitué, qui se plaignait de voir de l'œil droit des mouches noires (fixes par rapport à l'axe de la vision), qui lui dérobaient tellement la vue des caractères, qu'à peine pouvait-il, de cet œil, en discerner quelques-uns. Plusieurs années après, lorsqu'il mourut, il se plaignait d'apercevoir déja quelques mouches avec l'œil sain. Il y a quelques années que son fils, âgé de trente-cinq ans, fut vivement effrayé par l'apparition subite de mouches qui lui semblèrent voltiger devant l'un et l'autre de ses yeux. Il me fut amené par mon collégue, M. Nauche, qui me dit qu'à l'ouverture du cadavre du père, on avait trouvé l'artère ophtalmique droite ossifiée. J'assurai le fils que ses mouches n'avaient aucun rapport avec celles dont son père s'était plaint (*voyez* tome III, page 420). Le diagnostic en était facile, comme le pronostic en est certain : il les gardera toute

sa vie, sans en éprouver la plus petite incommodité.

La rétine peut être tellement altérée, que sa texture en soit entièrement changée. Hildanus (1), Heister (2), Morgagni (3), Scarpa (4), et d'autres, en rapportent des exemples.

M. Magendie en a rencontré un très-remarquable (*voyez* ci-dessus, page 73).

J'ai vu des dilatations assez peu considérables et circonscrites de la sclérotique, à la proximité de la cornée, auxquelles on attribuait, et selon moi avec fondement, des amauroses plus ou moins complètes. J'ai présumé, dans quelques cas où le diagnostic était obscur, qu'il y avait peut-être quelque amincissement local, quelque protubérance circonscrite, dans la partie non visible de la sclérotique, du genre de celle que j'ai trouvée (*voyez* ci-dessus, page 330), et dessinée sur le cadavre (pl. 64, fig. 3). Si en effet une protubérance peu apparente entraîne une lésion de la rétine, lorsqu'elle se manifeste à la partie antérieure du globe dans un point auquel ne s'étend pas cette expansion nerveuse, à

(1) Centur. I, observ. 1.

(2) Vindiciæ de cataractâ, pag. 97.

(3) De sedibus et causis morb., epist. XIII, n° 9, epist. lib. II, n° 30.

(4) Traité des maladies des yeux, chap. XX.

plus forte raison les fonctions de cette membrane doivent-elles être lésées lorsqu'elle éprouve, en un de ses points, un déplacement, et qu'elle est poussée par le corps vitré dans un enfoncement dont la concavité contre nature, si légère qu'elle soit, doit nécessairement changer quelque chose à la disposition de ses vaisseaux et à la délicatesse de son tissu, tandis que dans l'état de nature elle est étendue d'une manière uniforme sur une surface parfaitement concave (*voyez*, pour son tissu, la fig. 2, pl. 12).

Lorsque quelques points seulement de cette membrane sont rendus insensibles, soit par une dilatation variqueuse de vaisseaux sanguins ou lymphatiques, soit par quelque petit épanchement à l'une de ses deux surfaces, ou dans son tissu, les malades aperçoivent des mouches qui sont fixes relativement à l'axe de la vision. Il faut apporter beaucoup d'attention pour les distinguer de celles qui paraissent descendre lorsque l'œil est fixe. Quelques-unes des taches qui nous occupent n'ont pas toujours la terminaison qu'elles semblent annoncer (obs. 306, 354, 452).

M. le comte de S***, étant à Saint-Pétersbourg, en 1778, perdit en peu de jours l'œil droit par une amaurose : la pupille resta étroite et immobile. Les travaux diplomatiques du malade lui affaiblirent l'œil gauche pendant les années suivantes, et il vint me consulter, en avril 1796, pour une petite mouche qui lui apparaissait de-

puis quinze jours entre l'œil sain et l'objet qu'il regardait. La pupille, naturellement assez petite, était très-mobile; elle paraissait un peu échancrée lorsqu'elle se rétrécissait par l'impression de la lumière. Un traitement fort simple, dirigé par M. Maloët et par moi, fit disparaître la mouche; l'œil recouvra toute son énergie. M. de S*** éprouva une forte rechûte de cette maladie en juillet 1815. Beaucoup de petites mouches, ayant l'apparence d'une couche légère de sable fin, lui apparurent sur les objets, notamment sur ceux qui étaient de couleur jaune. L'échancrure de la pupille fut plus marquée qu'en 1796. Il se rappelait que la première attaque avait cédé à des remèdes fort légers, et me demanda de ne lui prescrire que des moyens semblables, avant d'en venir à de plus énergiques, auxquels nous allions avoir recours, lorsqu'un vésicatoire appliqué provisoirement derrière l'oreille gauche parut tout-à-coup tellement diminuer la maladie, que nous nous en tînmes presque uniquement à cet exutoire. Les mouches ont disparu, ou du moins il n'en reste presque aucune trace, et M. de S*** continue à se livrer au travail du cabinet.

Je vois assez souvent le défaut de sensibilité à l'extrémité seule de l'axe optique, et le malade alors ne voit point, en lisant, la lettre qu'il regarde, tandis qu'il aperçoit celles qui sont auprès (obs. 342).

J'ignore si dans ce cas le siége de l'obstruction ou engorgement est le trou central de la rétine (pl. 9 coloriée, fig. 2, *k*), ou l'extrémité du nerf optique, au point où il s'épanouit pour former la rétine (même figure *l*). Il y a des recherches intéressantes à faire à ce sujet: j'en ai déja fait; elles ne m'ont donné, jusqu'à-présent, aucun résultat.

J'ai cru un instant que c'était sur le trou central de la rétine que tombe l'image de l'objet qui disparaît dans l'expérience de Mariotte; je la rappellerai ici.

Cet habile physicien (1) desira savoir si la vision était plus ou moins forte à l'endroit où le nerf optique, après avoir percé la sclérotique à sa partie postérieure, s'épanouit et forme la rétine. Pour faire tomber les rayons d'un objet sur le nerf optique d'un de ses yeux; et pour éprouver ce qui en arriverait, il attacha sur un fond obscur, environ à la hauteur de ses yeux, un petit rond de papier blanc destiné à lui servir de point de vue fixe, et il en fit tenir un autre à côté vers sa droite, à la distance d'environ deux pieds, mais un peu plus bas que le premier, afin que son image pût donner sur l'extrémité du nerf optique de son œil droit, pendant qu'il tiendrait le gauche fermé. Mariotte se plaça vis-à-vis du premier papier, et s'en éloigna peu-à-peu, tenant

(1) Première lettre à M. Pecquet.

toujours son œil droit arrêté dessus, et lorsqu'il fut à la distance d'environ neuf pieds (1), il cessa de voir le second papier, qui était grand de près de quatre pouces. Cependant il ne pouvait attribuer cet effet à l'obliquité de l'objet; car il en remarquait d'autres situés encore plus latéralement; de sorte qu'il eût pu croire qu'on le lui avait subitement ôté, s'il ne l'eût retrouvé, en remuant un peu son œil; mais, aussitôt qu'il venait à regarder fixement le premier papier, celui qui était à droite disparaissait à l'instant, et, pour le retrouver sans remuer l'œil, il lui fallait un peu changer de place. On sait que l'expérience réussit en cachant l'un ou l'autre œil.

En réfléchissant, pendant cette expérience, à la situation du point de la sclérotique percé par le nerf optique, on trouve que c'est en effet sur l'extrémité de ce nerf que tombe l'image de l'objet qui disparaît.

Il n'est pas très-rare de trouver paralysée la moitié seulement de la rétine.

Madame la marquise de Pompadour, ayant eu froid, en décembre 1762, dans le parc de Versailles, se réveilla le lendemain, ne voyant plus que la moitié des objets qu'elle regardait avec l'œil gauche: en examinant une personne, elle ne voyait

---

(1) Lorsque je répète cette expérience, la distance à laquelle le second objet disparaît, est, pour moi, de six pieds ou environ.

point la joue droite, ni le côté correspondant du nez. L'iris avait conservé la moitié environ de ses mouvements de contraction et de dilatation. Mon père dissipa cet obscurcissement dans l'espace de deux mois, en insistant particulièrement sur les moyens capables d'exciter l'action du tissu cutané.

Quelquefois les malades, chez lesquels une partie de la rétine est insensible, voient, en outre, les lignes droites plus ou moins inclinées, ou plus ou moins onduleuses. Il me semble, dans quelques-uns de ces cas, que l'illusion relative à la rectitude est due, comme l'insensibilité, à des gonflements légers, qui soulèvent certaines parties de cette membrane nerveuse; d'autres fois je crois m'apercevoir, en trouvant dans la pupille un peu de louche, que l'inclinaison apparente est due à une lésion de la circulation dans un des corps transparents du globe. Le sujet pour lequel a été rédigée la consultation dont suit l'extrait, n'a obtenu d'autre effet des remèdes ordinaires, que d'arrêter les progrès que la maladie paraissait faire, et, quatre ans après, son œil était dans le même état.

« M. M*** a été sujet, pendant tout le cours de sa vie, à une pituite surabondante. La maladie dont son œil gauche est attaqué depuis environ un an, et qui semble un peu augmentée depuis quelques semaines, dépend de la paralysie de la moitié supérieure de la rétine; l'autre moitié de

cette membrane n'ayant pas été attaquée de même lui laisse la liberté de voir la moitié supérieure des objets, tandis que tout le reste paraît couvert d'un voile noir et épais. Quant à l'inclinaison apparente des lignes droites, elle dépend de la même cause qui, ayant altéré la rétine, a grossi en même temps le cristallin. La convexité de ce corps lenticulaire étant irrégulière, les réfractions que souffrent les rayons de lumière, en le traversant, doivent l'être aussi, et faire paraître les objets inclinés, comme on les voit à travers un carreau de vitre, où il y a quelque bulle d'air, quelque nœud, ou quelque semblable irrégularité. L'augmentation de volume du cristallin doit aussi lui donner plus de convexité et en rendre le foyer plus court : de-là vient la nécessité de se servir d'un verre d'un foyer différent de celui dont Monsieur se sert pour l'œil droit... »

Je viens de donner des soins (septembre 1817), à M. Lem*** Es***, négociant à Beauvais, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament bilieux et sanguin, qui, ayant quitté, à cause de la chaleur, une perruque qu'il portait depuis plusieurs années, ressentit à la tête un froid vif, en rentrant le soir de la promenade. Il éprouva bientôt à l'œil gauche les mêmes symptômes que le malade dont il vient d'être question, et il vint passer un mois à Paris, où il suivit sous mes yeux un traitement dont le résultat fut sa guérison, qu'il était d'au-

tant plus important pour lui d'obtenir, que, depuis l'enfance, il ne voit presque point de l'œil droit, dont la pupille a fort peu de mouvement. Le symptôme de l'inclinaison des lignes droites était presque entièrement dissipé dès le quinzième jour. J'ai fait appliquer des ventouses scarifiées derrière le cou et un vésicatoire à la nuque: le tartrate de potasse antimonié a été donné à trois reprises différentes, et chaque fois avec un avantage marqué. Le malade a fait usage de l'eau de Balaruc, de l'eau de Bourbonne, de l'infusion et de l'extrait d'arnica; il a exposé son œil, matin et soir, à l'action de huit ou dix gouttes de baume de Fioravanti étendues dans le creux de la main, et, dans le cours de la journée, il lui a fait recevoir, en le tenant fermé, la fumée d'un mélange résineux jetée sur un peu de braise allumée. Ce mélange, grossièrement concassé, était composé de parties égales d'oliban, de benjoin et de succin. Cette fumigation était dirigée vers l'œil par un entonnoir de fer-blanc renversé.

M. Gellibert, médecin à Angoulême, m'a adressé un mémoire dont l'extrait suivant peut donner une idée de la marche que suit le plus ordinairement l'amaurose qui se forme par affection des rétines.

« Madame de B***, d'une constitution délicate et nerveuse, âgée de soixante-huit ans, a beaucoup lu, sur-tout le soir. A l'âge de cinquante-

huit ans, elle s'aperçut que l'œil droit lui donnait, à la lumière artificielle, la sensation d'une tache en forme de fleur de pensée et de couleur noire. Cette illusion disparaissait à la lumière du jour; mais, au bout de quatre mois, le phénomène fut le même, soit à la lumière du jour, soit à la lumière artificielle.

« La maladie augmenta graduellement, et six mois après, cet œil avait perdu la faculté de lire.

« Il survint alors un gonflement douloureux aux articulations des phalanges des deux mains, lequel disparut au bout de huit mois pour se porter aux tendons d'Achille. Cette dernière affection s'est dissipée lentement par l'usage des bains tièdes.

« Six mois après, dans l'espace de deux à trois jours, Madame de B*** s'aperçut d'une altération dans la vision de l'œil gauche: cet œil lui donnait la sensation d'une tache ronde et de couleur noire. Au bout de six autres mois, les taches ont changé de couleur; elles sont devenues grises, et la malade a pu lire quelques mots à l'aide de l'œil droit, qui ne lui donnait auparavant aucune sensation distincte. Cependant la vision totale est devenue de plus en plus faible, et aujourd'hui, 1er janvier 1815, Madame de B*** offre l'état suivant :

« Si elle ferme l'œil gauche, elle voit une tache

en forme de pensée et de couleur grise, et, autour de cette tache, une teinte grisâtre plus faible.

« Si elle ferme l'œil droit, elle voit une tache de l'étendue d'une pièce de dix sols, de forme ronde et dentelée, et, autour de cette tache, une teinte grisâtre.

« Si elle ouvre les deux yeux, elle perçoit la sensation d'une couleur grise, plus foncée du côté gauche que du côté droit. Ces diverses nuances deviennent noires à la lumière artificielle. Toutes ces épreuves donnent le même résultat avec ou sans lunettes. A l'aide d'un verre convexe du n° 6, elle distingue quelques mots, mais à travers un brouillard de couleur grise : les lettres lui paraissent tantôt droites, tantôt de travers, et, après quelques instants, la vue se fatigue, le brouillard s'épaissit, et les lettres, pâlissant rapidement, disparaissent tout-à-fait. Les pupilles sont dilatées; cependant elles se resserrent d'une manière assez marquée par l'impression subite de la lumière.

« Telle est, Monsieur, la maladie de Madame de B*** : le soin avec lequel cette dame étudie ses sensations, et son heureuse mémoire, ne permettent pas de desirer une observation plus exacte. »

Le vice arthritique, en portant son impression sur la rétine de l'un et de l'autre œil de Madame de B***, avait été évidemment la cause de ses

amauroses. Quelquefois la rétine perd totalement ou partiellement sa sensibilité, sans qu'on puisse assigner une cause probable de la maladie; il y a alors affaiblissement nerveux, asthénie proprement dite. Dans ces cas, si un seul œil est affecté, je me trouve bien de faire exercer, chaque jour et par gradation, l'œil affaibli, en couvrant l'œil opposé.

M. Roux a rendu un grand service en appelant l'attention sur le procédé dont je viens de parler. Dans l'observation qu'il a publiée il y a trois ans, on voit qu'il obtint un succès complet chez un homme de trente-cinq ans, bien constitué, affecté de strabisme par asthénie de la rétine d'un œil depuis son enfance. L'exercice gradué de cet œil lui a rendu son énergie, et le strabisme a disparu.

J'ai rencontré quelques inflammations aiguës de la rétine. Pendant la durée de cette rare phlegmasie, les pupilles sont très-rétrécies : je les ai vues pour la plupart guérir par les saignées et le traitement antiphlogistique.

Quelques-unes ont laissé des traces, notamment des mouches fixes par rapport à l'axe de la vision. Elles m'ont toujours fort inquiété, ainsi que toutes les injections pathologiques de l'intérieur du globe. Je viens de voir une ophtalmie interne, légère en apparence, dont l'effet avait été de rendre la pupille d'un œil un peu irrégulière. La malade, âgée de trente-six ans, était fort replète

et d'un tempérament lymphatique. Au moment où la vue commençait à s'éclaircir, la pupille s'est dilatée tout-à-coup, et la vue de cet œil s'est éteinte par une amaurose complète.

L'extrait suivant d'un Mémoire à consulter fait connaître les symptômes qui se manifestent, lorsque les rétines sont affectées par l'impression subite d'une lumière extrêmement vive. Le consultant, âgé de cinquante-deux ans, était de forte constitution, myope de naissance, et se livrait à l'étude, qu'il aimait passionnément. Il consulta à Berne, à Genève, à Paris, et se trouva fort heureux de conserver assez de vue pour se conduire seul. Les pupilles gardèrent la moitié environ de leurs mouvements naturels.

« L'affection a commencé tout-à-coup, le malade étant à cheval dans un lieu exposé au soleil et à la réverbération des eaux. Elle s'annonça par une espèce de globe, dont le milieu paraissait vert, avec des rayons et des espèces de cercles de différentes couleurs. Ce corps apparent semblait situé au fond de l'œil droit et se poser précisément sur l'objet que le malade regardait. On lui appliqua des ventouses scarifiées, et il fit usage de pilules mercurielles. De nouveaux globes se sont formés autour et au-dessous du premier; ils se sont multipliés peu-à-peu : la maladie a paru ensuite se former principalement sur l'œil gauche qui a aperçu une image plus grande que la précédente. Cette nouvelle image, dans son principe,

ressemblait à un léger nuage; puis elle parut diversement colorée; bientôt après, il s'est formé, au-dessus du premier globe, une autre apparence, fort rouge, de laquelle ont paru sortir de nouveaux ombrages de la même couleur, qui se sont manifestés sur l'œil droit, de sorte qu'aujourd'hui tous ces objets, quoique différents pour la figure et pour la couleur, sont attenants les uns aux autres et paraissent former un très-grand corps; ils aboutissent tous à celui qui a paru le premier et qui semble avoir été le principe de tous les autres. Le malade voit tous ces objets également, et il les aperçoit (quoique avec quelque différence) de jour ou de nuit, soit qu'il ait les yeux ouverts ou fermés. Pendant que ces ombrages se formaient, il lui semblait qu'il voyait couler, du premier corps, comme de petites veines blanchâtres, dont plusieurs ensuite paraissaient rouges; et aujourd'hui il voit, dans cette figure apparente et autour de ces différents globes, une multitude innombrable de petits points rouges, blancs ou jaunes, couler tantôt d'un côté et tantôt de l'autre. En regardant sur le plancher, il le voit tout couvert comme de gouttes de sang ou de quelque liqueur qui prend quelquefois une teinte blanchâtre, et coule avec rapidité, suivant le mouvement de l'œil, etc... »

Voyez aussi les observations 316 et 317.

Les rétines s'affectent quelquefois périodiquement, et la vue se rétablit parfaitement dans l'intervalle d'un accès à l'autre (obs. 349).

Les dérangements qui surviennent dans les fonctions du système dermoïde, la suppression ou la diminution d'une excrétion muqueuse, sont des causes très-fréquentes d'amaurose par obstruction dans le tissu de la rétine (obs. 323, 325, 326, 327, 328, 348, 353).

J'ai un grand nombre d'observations qui prouvent que cette maladie passe quelquefois d'une rétine à l'autre, ce qui réfute l'opinion de l'incurabilité.

Le militaire, qui écrivit le Mémoire dont suit l'extrait, fut assez heureux pour obtenir un rétablissement complet. Il était d'une constitution pléthorique.

« Depuis mon retour de Paris, la vue de mon œil gauche semblait se débrouiller par l'effet de la saignée du bras, par l'action de l'émétique, et par l'usage de l'eau de Balaruc. Je pris quelques jours de repos, pendant lesquels la maladie de cet œil passa insensiblement à l'œil droit dans le cours de huit jours. L'œil gauche est devenu aussi net que l'était l'œil droit, sur lequel la maladie s'est aujourd'hui fixée; ce dernier a même été plus affecté, puisqu'après une saignée et une purgation, j'ai été quarante-huit heures sans rien apercevoir de cet œil. L'émétique lui a rendu un peu de vue; les vésicatoires établis depuis près de trois semaines ont un peu augmenté l'amélioration. Les objets qui paraissaient devant l'œil gauche se retracent de même à l'œil droit. Il est vrai que,

depuis huit jours que je n'éprouve aucune variation, ces apparences sont moins marquées; c'est toujours, comme c'était auparavant à l'œil gauche, un brouillard formant d'abord comme le corps d'une grosse araignée, et se rabattant en branches d'arbres garnies de feuilles rongées par des chenilles. Ces branches sont couvertes en outre par une apparence de gaze chargée de petits points bruns, comme des grains de cendre. J'aperçois encore au-delà, environ à deux pieds de l'œil, une espèce de petite étoile de feu blanc et violet-pâle s'agitant avec vîtesse, comme les ailes d'un papillon..... Je vous rappelle que j'ai quarante-six ans, que depuis vingt-trois ans j'ai un rhumatisme qui me court de la tête aux pieds, et que j'éprouve habituellement la sensation d'un froid glacial entre cuir et chair dans tous les temps de l'année. J'éprouve cependant tous les jours de petites sueurs; je suis très-aisé à émouvoir, et les remèdes les plus simples me font beaucoup d'effet. »

De l'Amaurose dont le siége est dans le nerf optique.

Lorsque le nerf optique est allongé dans l'exophtalmie, il devient incapable de remplir ses fonctions, et ce tiraillement donne naissance à une amaurose; mais il faut, pour qu'elle ait lieu, qu'une certaine partie du globe ait déja dépassé le rebord orbitaire. Le nerf optique peut être al-

longé à un degré assez considérable sans que la vue soit beaucoup altérée. Le tiraillement qui en résulte à la partie postérieure du globe, est quelquefois si marqué, que cet organe en éprouve un changement léger de configuration; alors la rétine s'éloignant un peu du cristallin, l'œil est affecté d'un certain degré de myopie, parce que les rayons lumineux se réunissent avant d'avoir atteint cette membrane, et les malades voient mieux à l'aide d'un verre concave. L'occasion de faire cette observation est d'autant plus rare, que la partie postérieure de la sclérotique est fort épaisse (planche 13), sur-tout dans les globes dont l'iris est noire, et que cette membrane résiste avec énergie au tiraillement que lui fait éprouver l'extrémité du nerf optique allongé. Aussi, pour rencontrer un cas de cette espèce, il faut, non-seulement que la saillie du globe hors de l'orbite soit assez prononcée, mais encore qu'elle subsiste depuis un certain temps. Ne serait-ce point en partie par cet effet mécanique que, chez quelques personnes, des yeux sains, naturellement très-saillants, seraient rendus myopes? Je ne crois point qn'on ait, jusqu'à-présent, remarqué cet effet de l'exophtalmie, encore moins qu'on ait cherché s'il ne contribue pas à la myopie, lorsqu'il est le produit d'une saillie naturelle et non pathologique. La proéminence du globe n'a pas été portée assez loin pour que

l'application du verre concave ait pu prouver l'allongement du globe chez Madame H*** (*voyez* ci-dessus, page 93), et chez le sujet de l'observation 404 (*voyez* les pl. 55 et 56, fig. 1).

Binninger trouva les nerfs optiques dans un état de contorsion chez un sujet âgé de près de soixante ans, qui était complètement aveugle depuis sa plus tendre enfance, par l'effet d'amauroses. Morgagni soupçonna que la cause de cet état des nerfs optiques était due aux convulsions si ordinaires dans les premiers temps de la vie.

Une femme (1) mourut d'un cancer au sein; elle était devenue lentement et graduellement aveugle par deux amauroses. A l'ouverture du crâne, on trouva les nerfs optiques réduits à la moitié de leur volume naturel; l'artère centrale de la rétine de l'un des yeux était dilatée, ce qui fit connaître la raison pour laquelle, à l'approche des règles, cet œil éprouvait un certain degré d'inflammation.

(*Voyez* aussi, pages 68 et 71 ci-dessus, les observations *c* et *p*).

Heiland (2) disséqua le cadavre d'une femme qui ne lui offrit rien de remarquable, sinon que le nerf optique d'un œil dont la vue avait été

(1) Scultet. armament. chirurg. obs. 36.

(2) Misc. nat. cur. dec. 3, ann. 7, obs. 157.

nulle depuis long-temps, par l'effet d'une amaurose, était atrophié et ramolli; cette altération se faisait remarquer même au-delà de la selle turcique.

(*Voyez* ci-dessus, pages 63, 71, 74, 75).

Lorsque la substance même du nerf optique a été affectée, j'ai trouvé l'amaurose incurable.

De l'Amaurose par compression du nerf optique dans son trajet.

Le nerf optique peut être comprimé dans son long trajet par une tumeur, par une exostose, ou par un épanchement, lorsque le sang, ou plus souvent la lymphe, a été extravasé, par exemple, dans les ventricules du cerveau.

Sauvages a vu deux fois l'amaurose survenir subitement à des enfants scrophuleux : à l'ouverture de chacun d'eux, il a trouvé une glande scrophuleuse sur les nerfs optiques (1).

(*Voyez* ci-dessus les obs. *a. b. s.* pages 67, 68, 72).

Une fille de vingt ans se plaignait, depuis plusieurs années, de céphalalgies. Elle perdit enfin la vue par des amauroses complètes, et succomba quelque temps après à une fièvre épidémique. On ne remarqua presque aucune trace des sutures du crâne : à l'ouverture de la tête, la dure-mère

---

(1) Nosologie méthodique, classe VI, des faiblesses.

parut saine ; mais on trouva, dans les ventricules du cerveau, une tumeur dont la substance était médullaire : sa grosseur était celle d'une petite pomme ; elle était immédiatement posée sur les nerfs optiques.... (1).

Boerrhaave a trouvé le nerf optique d'un côté, comprimé par une exostose vénérienne (*voy.* ci-dessus, page 377). Je ne suis jamais consulté pour une amaurose due à un principe syphilitique, sans réfléchir à cette observation, et rarement, dans ce cas, j'ai obtenu quelque succès. Tout récemment encore, j'ai vu un jeune homme de vingt-sept ans, de constitution athlétique, complétement aveugle par des amauroses de cette nature. J'ai consenti à l'essai des frictions, en avouant aux parents que je doutais beaucoup qu'il en éprouvât quelque amélioration.

L'idée d'une exostose, comprimant plus ou moins le nerf à son passage dans le trou optique, au point où il entre dans l'orbite, s'est toujours présentée à moi, lorsque la maladie, suspendant ses progrès, et la vue se conservant à un degré plus ou moins marqué pendant un grand nombre d'années, l'iris continuait à jouir de toute sa vitalité, et exécutait ses mouvements de contraction et de dilatation, à-peu-près comme dans l'état naturel, je dis à-peu-près, parce qu'ils éprouvent alors une légère diminution proportionnée

---

(1) W. Bromfieldius chirurg. Wahruehm 1 hauptstück.

à celle qu'a éprouvée la sensibilité de la rétine; mais l'impression d'une lumière vive, de celle du soleil, par exemple, rend à l'iris toute la liberté de ses mouvements.

Les épanchements de sang, de lymphe, ou de pus dans l'intérieur du crâne, qui peuvent occasionner l'amaurose, ont lieu à la suite de chûtes ou de blessures graves, de fièvres, particulièrement de celles qui portent leur action spéciale sur le cerveau, comme les fièvres ataxiques. Quelquefois la carie des os a donné lieu à des épanchements de pus.

Lady Le Desp*** me consulta, en 1816, pour son fils, âgé de dix-neuf ans, qui, en franchissant à cheval une barrière assez élevée, fut jeté rudement sur un gazon; la tête porta la première, et il y eut une contusion sur le bord de l'orbite gauche. L'ecchymose qui en résulta fut légère, parce que l'herbe était épaisse; mais la commotion donna lieu probablement à un épanchement de sérosité dans les ventricules du cerveau; la vue de l'œil du même côté fut subitement perdue à un tel point que la lumière directe du soleil, à laquelle j'exposai cet organe, ne produisit sur lui d'autre impression que d'exciter le rétrécissement de la pupille, l'iris ayant conservé la liberté entière de ses mouvements, même lorsqu'on couvrait l'œil droit. Il n'y avait eu d'ailleurs aucun accident remarquable.

Une note que M. Larrey a bien voulu me donner,

et dont il m'a autorisé à faire usage, contient ce qui suit :

« Dans certaines maladies du cerveau, comme dans l'hydropisie des ventricules, les fonctions sensitives sont considérablement affaiblies par la compression concentrique ou excentrique que les nerfs des organes des sens éprouvent à leur origine (les optiques, par exemple), tandis que l'iris conserve ses propriétés et ses mouvements qui peuvent même être augmentés sympathiquement par l'irritation que l'on porte sur le système des organes de la vie intérieure, au moyen des drastiques ou des vomitifs. Nous en avons un exemple frappant dans la personne d'un grenadier de la garde royale, qui, par suite d'une chûte violente sur l'occiput, paraît avoir été atteint d'une hydropisie dans les ventricules, du moins il en présente les symptômes qui se sont développés graduellement et s'accroissent chaque jour; tels sont : douleur sourde et pesanteur de tête; faiblesse notable de tous les sens et de la parole; altération sensible des facultés mentales ; paralysie du membre pectoral droit; engourdissement et faiblesse des jambes et des pieds; froid habituel des extrémités inférieures; marche nonchalante et peu assurée, etc. Cependant, chez cet individu, l'iris conserve toutes ses propriétés, ainsi que ses mouvements, et, de plus, nous avons remarqué plusieurs fois que la pupille se rétrécit d'autant plus que les drastiques sont administrés avec plus

d'activité. Nous avons fait la même remarque sur un grand nombre de sujets, à la suite des plaies de tête, ayant produit des épanchements. »

M. Larrey m'a dit que le militaire, dont il est question dans cette note, avait été enfin parfaitement guéri.

J'ai été souvent appelé pour des enfants devenus aveugles dans le cours d'une fièvre ataxique.

La fièvre se déclara en même temps que la cécité chez un jeune homme de quinze ans, à la suite d'une terreur subite occasionnée par la menace d'un châtiment qu'il avait mérité; il a échappé à la maladie; mais il est resté aveugle.

Lorsque ces enfants ont succombé, et que j'ai obtenu la permission de les ouvrir, j'ai toujours trouvé de la sérosité dans les ventricules du cerveau (*voyez* ci-dessus, page 66).

Je vois la cécité des enfants, et souvent même celle des adultes, subsister malgré l'emploi de tous les moyens indiqués, lorsqu'il y a un épanchement de lymphe dans les ventricules du cerveau. Cependant j'assistai, il y a cinq ans, à une consultation pour le fils de M. E***. L'enfant avait un an. Sa tête était toujours inclinée de côté. Les pupilles étaient dilatées: il ne voyait rien, et il avait évidemment de l'eau épanchée dans la tête. Nous ne donnâmes aux parents qu'un faible espoir. L'enfant a guéri. Aujourd'hui il voit, et jouit d'une bonne santé.

On a trouvé des abcès dans la substance du cerveau, et des caries aux os du crâne. Un ouvrier, d'un tempérament robuste, fut attaqué, au mois d'avril, d'une fièvre continue dont les symptômes furent des plus graves : il en guérit avec peine ; mais il lui resta une profonde mélancolie, et il fut privé de la vue par deux amauroses. Vers la fin de l'été, un écoulement purulent eut lieu par l'oreille gauche : la vue revenait alors un peu et s'éclipsait de nouveau lorsque le pus cessait de couler. Une tumeur assez grosse parut derrière cette oreille ; elle diminua par la sortie d'une grande quantité de pus du méat auditif, puis reparut quelques jours après. Sa tuméfaction et sa diminution avaient eu lieu ainsi alternativement trois ou quatre fois, avec des douleurs plus ou moins fortes, lorsque le malade éprouva, le 1er novembre, une attaque d'apoplexie avec perte des sens et du mouvement pendant trois jours ; il balbutia le quatrième, et demanda à manger, mais ne put presque rien prendre. Le côté gauche se paralysa ; il éprouva des mouvements convulsifs dans le côté droit jusqu'à la mort, qui arriva le 11 du même mois. Le lendemain, en faisant l'ouverture de la tête, on trouva les os du crâne minces, eu égard à la force du sujet. Une communication était établie par une carie entre le conduit auditif gauche dont le tympan était détruit, et le cerveau ; il

s'écoula de la substance même de ce viscère, cinq onces de pus. Les vaisseaux de la dure-mère étaient gorgés de sang (1).

De l'Amaurose par altération de la substance même du cerveau, ou de compression sur l'origine des nerfs optiques.

Cette cause d'amaurose doit souvent se rencontrer concurremment avec celle qui résulte d'une compression sur les nerfs optiques par épanchement. C'est ainsi que ces nerfs sont macérés et se désorganisent par l'action de la sérosité amassée chez les enfants hydrocéphales. Je viens de voir très-récemment mourir de cette maladie deux enfants, l'un de six, et l'autre de six ans et demi. Tous deux ont vécu près d'un an dans un état de cécité complète; ils avaient les jambes paralysées et les pupilles très-dilatées.

La substance même du cerveau, au point d'où partent les faisceaux médullaires qui forment les nerfs optiques, peut être affectée : cette partie de l'encéphale peut être comprimée par différentes causes.

On l'a trouvée macérée par de l'eau chez des adultes.

Boerrhaave a connu un habitant de Leyde qui était attaqué d'amaurose parfaite, dès qu'il s'eni-

(1) Laubius. misc. nat. cur. cent. VII, obs. 39.

vrait, et cela par degrés, de façon que l'obscurité de la vue augmentait à mesure qu'il buvait, jusqu'à le rendre totalement aveugle lorsqu'il était entièrement ivre; mais la vue lui revenait quand l'ivresse était dissipée.

Les gens ivres éprouvent, à un degré moins élevé, une altération de la vue plus ou moins marquée par la compression, suite de l'augmentation de la masse du sang artériel dans le cerveau.

La compression peut avoir lieu sur ce point par des tumeurs; on en a trouvé à une proximité plus ou moins grande, par exemple, entre le cerveau et le cervelet.

Une blessure a souvent occasionné un abcès dans la substance même du cerveau.

Lorsqu'il y a disposition à l'apoplexie chez des gens qui me consultent pour un obscurcissement de la vue avec irrégularité de la pupille, je les avertis qu'ils sont menacés d'une congestion cérébrale. Je vois souvent dans ces cas la santé et la vue se rétablir, l'amaurose imparfaite reparaître quelques mois après, et la mort survenir dans l'année. Au milieu d'un grand nombre d'exemples, je citerai le suivant.

J'ai été appelé par M. Jeanroi, oncle, pour M. B***, âgé de soixante-six ans, de constitution pléthorique. Il se plaignait d'assoupissement, de faiblesse dans les jambes, de diminution dans la mémoire, et d'obscurcissement de la vue. Les pu-

pilles avaient conservé leur forme, et n'avaient perdu qu'une faible partie de leurs mouvements naturels. Je le vis un mois après; sa vue était parfaitement rétablie : il était si content de l'amélioration de sa santé, qu'il avait repris toute sa gaîté. Au bout de quelques jours, il mourut en déjeûnant, le 8 avril 1800.

Je vais rapporter quelques autres exemples d'amauroses dont la cause, autant qu'il a été possible d'en juger, a paru une compression sur l'origine des nerfs optiques, ou une altération de la substance même du cerveau, à la proximité de cette origine. Si l'on joint à la lecture de ces exemples, celle des observations auxquelles je renverrai, on connaîtra, je pense, les effets des congestions cérébrales sur l'organe de la vision.

M. M***, âgé de quarante-six ans, d'un tempérament sanguin, éprouvait, selon son expression, une obtusion de tous les sens. Cet état s'aggravait graduellement depuis six mois, lorsqu'il vint à Paris pour consulter. Il ne voyait plus assez pour lire : les pupilles étaient très-peu dilatées, et elles n'avaient presque rien perdu de leurs mouvements naturels. Deux saignées de la jugulaire, faites à quatre jours d'intervalle, l'usage de l'eau de Bourbonne, les pédiluves avec la moutarde, un régime exact, ont arrêté les progrès de la maladie. L'exercice des fonctions des sens s'est rétabli, à très-peu de faiblesse près, et le

malade a recouvré assez de vue pour pouvoir lire et écrire.

Un homme, âgé de quarante ans, d'un tempérament sec, plus sanguin que pituiteux, était sujet à une goutte sciatique dont les accès diminuaient depuis quelques années en durée et en intensité. Il avait assez constamment dans les glandes des aines, des aisselles ou du cou, un engorgement qui diminua graduellement, à mesure que la vue s'affectait. Le malade ressentit subitement dans l'oreille droite, un tintement accompagné de céphalalgie continuelle, et de la perte graduelle de l'ouie du même côté, avec obscurcissement de la vue de l'œil droit, qui s'est étendu au gauche à un tel point, qu'il ne vit plus à lire qu'avec une extrême difficulté. Les pupilles ne perdirent rien de leur mobilité.

Un autre malade, âgé de quarante-sept ans, homme de loi, d'une bonne constitution, apercevait, depuis deux mois, un brouillard de l'œil gauche, dont la pupille, doublée de diamètre, était immobile. La joue du même côté était tuméfiée : le dérangement de la bouche et l'épaississement de la langue, dont les mouvements étaient difficiles, décelaient une espèce d'attaque d'apoplexie.

M. F***, âgé de vingt-cinq ans, bien constitué, était sujet depuis long-temps à des sueurs nocturnes, qui cessèrent à la fin du mois de dé-

cembre. Il devint ensuite sujet à des vomissements après avoir mangé; la vue de son œil droit s'affaiblit par degrés, au point qu'au mois d'août suivant, cet œil était affecté d'amaurose complète. La pupille immobile était dilatée, et le muscle droit interne, frappé de paralysie, laissait le globe constamment dirigé du côté de la tempe.

M. T***, homme de cabinet, âgé de cinquante ans, doué d'un bon tempérament, éprouva une suppression de l'action du tissu cutané, en se promenant le 25 mars à neuf heures du soir. Du système dermoïde, le fluide non exhalé reflua sur la portion du système muqueux qui revêt les organes de la déglutition et l'intérieur de la bouche. La phlegmasie, accompagnée de fièvre, fut très-vive; le releveur de la paupière supérieure de l'œil droit se paralysa; la vue du même côté fut obscurcie, au point que le malade n'en voyait que confusément. Les objets paraissaient tourner devant lui, et cette sensation dura jusqu'en juin suivant. La tête elle-même était encore alors dans un état habituel de vertige, lorsqu'il regardait les objets avec les deux yeux, et sur-tout avec le droit. Depuis le 20 mai, la paupière supérieure commençait un peu à se relever.

(*Voyez* de plus les observations 324, 329, 331, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 341, 343, 344, 345, 346, 350 et 351).

On voit, par ce qui précède, qu'il est impossible d'indiquer contre l'amaurose un traitement qui puisse convenir dans tous les cas et pour tous les sujets. J'ose espérer qu'en lisant les observations auxquelles je renvoie, on connaîtra les indications que pourra présenter chaque cas d'amaurose. Je dirai cependant ici en général, et sauf l'application à chaque variété, que j'ai très-souvent recours au séton passé à la nuque, et que j'emploie avec succès la saignée de la jugulaire, particulièrement contre les amauroses comprises dans la division dont je viens de m'occuper. Ces saignées doivent rarement être copieuses : l'évacuation d'une demi-palette de sang, ou tout au plus d'une palette, suffit le plus ordinairement : une saignée trop abondante produit quelquefois un affaissement dangereux; il vaut mieux y revenir. Les vomitifs sont généralement employés; je les ai restreints dans ma pratique aux cas où il y a un embarras gastrique évident. Les eaux minérales, soit naturelles, soit artificielles, me sont d'un très-grand secours. Je conseille souvent leur usage à la source même. M. Le Faivre, médecin ordinaire du Roi, a guéri de deux amauroses à-peu-près complètes, M. de M***, par l'usage de l'extrait d'arnica porté graduellement à la dose d'un gros par jour.

Les moyens extérieurs suivants, qui seraient nuisibles dans les cas d'amaurose par hypersthénie, sont utiles dans presque tous les autres.

Prenez deux ou trois des substances résineuses suivantes; concassez et mêlez; jetez-en une pincée sur de la cendre rouge, que vous recouvrirez aussitôt d'un entonnoir de fer-blanc renversé. Le malade exposera son œil, matin et soir, en le tenant fermé, à la fumée qui s'élevera de l'orifice de l'entonnoir. La distance sera de huit ou dix pouces. Si les deux yeux sont affectés, on peut avoir un entonnoir dont le tuyau se divise en deux branches. Les substances que je prescris ordinairement sont: l'oliban, le benjoin, le succin, la myrrhe, la sarcocolle, le sandragon, le sucre.

Le malade peut encore faire recevoir à son œil, tous les jours une ou deux fois, la vapeur de quelques gouttes du mélange suivant: le baume de Fioravanti seul est trop fort.

Prenez, esprit-de-vin rectifié, une once; baume de Fioravanti, six gros; mêlez.

On peut augmenter la dose du baume de Fioravanti, et faire exercer des frictions sur le front, sur le sourcil, sur la tempe, et à la racine du nez, avec de l'eau-de-vie de lavande.

Je me trouve assez bien, sur-tout pour les enfants, de faire raser le sommet de la tête sur une étendue d'un pouce et demi ou environ, et de faire frictionner, deux fois par jour, cette partie du cuir chevelu avec de l'eau-de-vie ou toute autre liqueur spiritueuse.

Si une amaurose imparfaite, qu'on a aussi appelée amblyopie, est uniquement due à l'asthénie

de la rétine, que l'iris conserve sa mobilité, et que le malade distingue quelques objets, je suis dans l'usage de lui faire bander l'autre œil, tous les jours pendant un quart d'heure, pour obliger l'œil affaibli à reprendre de l'action par l'exercice. On augmente chaque semaine de quelques minutes, et l'on en vient à le faire agir seul pendant deux et trois heures. Souvent j'ai fait commencer par donner à déchiffrer, à l'œil malade, des lettres d'un pouce de hauteur, et, après quelques mois, cet œil a pu lire le titre d'un livre, puis des mots imprimés en lettres capitales, et enfin une impression ordinaire.

Il est plus aisé de désigner les remèdes qui nuisent dans les névroses de l'organe de la vue, que d'indiquer ceux qui peuvent convenir.

Les malades se plaignent souvent de l'effet des bains, sur-tout des bains entiers, particulièrement s'ils sont d'une température élevée. Il faut avoir égard à cette observation pendant l'usage des eaux minérales. On m'écrit, ou on me dit fréquemment que la vue de la personne qui consulte a baissé depuis un dernier bain.

Les évacuations de sang, sur-tout lorsqu'elles sont trop abondantes, sont souvent nuisibles; les sangsues appliquées à la marge de l'anus, indiquées dans un grand nombre de cas, sont quelquefois suivies d'un affaiblissement réel de la vision. Il est bon de ne pas employer ce moyen indifféremment.

Un exercice forcé de la vue est nuisible dans le plus grand nombre de cas, et une vie sédentaire, ainsi que le travail du cabinet, sont tellement contraires, que j'ai souvent consenti à ce que les malades ne fissent usage d'aucuns remèdes, à condition qu'ils s'abstiendraient de toute occupation, ou, dans certains cas, qu'ils voyageraient. Dans d'autres, je me suis contenté d'un simple changement de domicile. Je suis d'ailleurs entièrement de l'avis de M. Boyer, qui dit, au sujet du traitement de l'amaurose : « Il faut autant de sagacité pour abandonner des remèdes actifs, quand le mal est devenu incurable, que pour en faire un emploi judicieux, lorsqu'il est encore susceptible de guérison (1). »

CHAPITRE II.

De l'Aveuglement de nuit.

L'aveuglement de nuit ou *héméralopie* (2), est une affection de l'organe de la vue pendant la durée de laquelle le malade ne voit rien aussi longtemps que le soleil est sous l'horizon. Au lever de cet astre, il commence à apercevoir un peu; sa vue s'éclaircit graduellement jusqu'au milieu du

(1) Traité des maladies chirurgicales, tome V, page 468.

(2) Synonymie. Ἡμεραλοπία, de ἥμερα, jour, et d'ὄπτομαι, voir. Vision diurne. Amblyopie crépusculaire.

jour, moment auquel il voit aussi-bien qu'avant sa maladie; mais à mesure que le soleil baisse, il perd peu-à-peu la faculté de distinguer les objets, au point que, lorsque la nuit est arrivée, il ne peut rien discerner, même à l'aide de la lumière la plus vive.

La nature de cette singulière maladie n'est pas facile à expliquer dans l'état actuel des connaissances; il reste des recherches intéressantes à faire à son sujet. Elle a peut-être quelque analogie avec les fièvres et les affections qui se manifestent par accès à des heures réglées. J'ai traité plusieurs malades dont la vue s'éclipsait d'une manière périodique plus ou moins régulière : j'ai tenu note d'une amaurose, qui, tous les deux jours, ôtait au malade la faculté de se conduire. Ses pupilles étaient alors doublées de diamètre, et il ne voyait presque rien pendant le temps du paroxisme, qui durait depuis le commencement du jour jusqu'à la fin de la nuit suivante. Le quinquina ne parut avoir aucune influence sur la maladie; elle céda avec une telle lenteur dans l'espace d'une année, que les progrès de la guérison n'ont pu être appréciés d'une manière exacte (*voyez* aussi l'obs. 358).

Le célèbre professeur M. de Sauvages a vu l'héméralopie épidémique aux environs de Montpellier, sur-tout près d'une rivière : les sentinelles exposées pendant la nuit à un air humide et nébuleux devenaient héméralopes. Des chirurgiens

militaires ont recueilli beaucoup d'observations semblables : la maladie est endémique dans certains cantons.

Il y a peu de chirurgiens de vaisseaux, ayant un certain nombre d'années de navigation, qui n'aient eu occasion d'observer en mer l'héméralopie sur des matelots ou des soldats de marine, qui en sont fréquemment affectés, lorsqu'ils sont exposés pendant la nuit à l'inclémence de l'air. Aussi, dans les recherches à faire, on devra s'occuper des rapports qui peuvent exister entre la suspension de l'action du système dermoïde et la rétine, ou les nerfs optiques, ou enfin la partie du cerveau qui leur donne naissance; car le siége de la maladie ne me paraît pas encore bien connu.

Je n'ai vu cette maladie qu'un petit nombre de fois portée à son dernier degré; mais on a occasion de remarquer dans la pratique que, dans beaucoup de névroses de l'organe immédiat de la vue, il existe un degré d'héméralopie plus ou moins appréciable.

On a remarqué que l'aveuglement de nuit est presque toujours accompagné d'embarras gastrique; ce qui explique le succès que l'on obtient des émétiques dans le traitement de cette maladie.

Je l'ai vu guérir, il y a deux ans, par le seul emploi du tartrate de potasse antimonié donné à plusieurs reprises de quatre en quatre jours. Le

malade, âgé de soixante ans, était d'un tempérament bilieux et d'une faible constitution. Il venait me rendre compte de l'effet que produisait l'émétique : l'examen de ses yeux ne me présentait alors aucune espèce d'altération, soit dans les milieux transparents, soit dans les mouvements de l'iris, et il éluda constamment de se prêter au desir que je lui manifestai d'examiner chez lui l'état des pupilles pendant le paroxisme, alléguant pour excuse qu'il se couchait aussitôt qu'il sentait l'approche de l'accès. Il s'était livré, pendant plusieurs mois, à un travail de cabinet extrêmement fatigant. Pour ne pas inquiéter sa famille, il avait laissé ignorer jusqu'à quel point cette affection le plongeait dans l'obscurité pendant la durée de la nuit, et avait seulement dit qu'une migraine très-forte, contre laquelle on lui avait conseillé l'émétique, diminuait, lorsqu'il se mettait au lit, et augmentait par l'impression de la plus faible clarté. Il se couchait avant le déclin du jour, et sortait, par mon conseil, dans la matinée, dès qu'il voyait assez pour se conduire; il faisait alors une promenade qu'il prolongeait jusqu'à un commencement de fatigue. Il ne parla enfin de l'état dans lequel il avait été, que peu de semaines avant son entier rétablissement qui n'eut lieu que dans le cours du quatrième mois. Les signes d'embarras gastrique n'étaient pas équivoques chez ce malade. La première attaque s'était manifestée subite-

ment une heure après le coucher du soleil. Il lui apparut tout-à-coup un drap d'un blanc sale, qui lui déroba la vue même de la lumière d'un quinquet.

J'ai une lettre fort curieuse, trop longue pour la donner ici en entier, et écrite de la main même d'un autre malade; j'en donnerai seulement un extrait, précédé de quelques passages du Mémoire de son médecin.

Le malade est âgé de cinquante-cinq ans; il se plaint, depuis environ six mois, d'éblouissements momentanés : alors la tête se trouve embarrassée, et il est prêt à tomber. Depuis deux mois, les éblouissements ont augmenté; après le soleil couché, il se présente devant lui des globes de différentes grosseurs, et de couleurs variées. Depuis peu, il se trouve, le soir, privé de la vue des objets, n'aperçoit que du blanc, et ensuite des globes qui prennent différentes nuances. L'œil paraît être dans l'état naturel, à l'exception de la conjonctive, dont les vaisseaux sont un peu engorgés. Monsieur observe que pendant ces accidents, l'œil se trouve entièrement couvert d'une certaine quantité de sérosité, qui ne peut être reprise assez promptement par les points lacrymaux. Autrefois le malade était sujet à une migraine qui revenait périodiquement toutes les semaines; elle disparut, et fut remplacée par un rhumatisme goutteux, qui occupa les articulations, et qui, depuis dix ans, paraît avoir cédé

à divers remèdes, notamment à l'usage du lait pour toute nourriture. A dater de cette dernière époque, il arrive de temps à autre que les digestions sont très-pénibles. Lorsque les accidents sont calmés, elles conservent encore de la lenteur, sur-tout quand le malade a mangé le soir...

Extrait de la lettre du malade.—Dans le milieu du mois de juin dernier, je fus surpris, vers le commencement de la nuit, de voir que mes yeux étaient entourés de petits objets noirs et blancs, et mêlés en forme de bluettes, qui m'offusquaient la vue. En mars dernier, à la suite d'une indigestion qui me rendit très-malade, je fus obligé de travailler beaucoup, et peut-être mes yeux ont-ils été très-fatigués dans un temps de convalescence, où tous les organes demandaient du repos. J'allai à Craonnelle au commencement de juillet : j'y fus fort occupé. Tous les soirs, au commencement de la nuit, mes bluettes recommencaient. J'eus une nouvelle indigestion qui m'obligea de revenir à Laon. Soulagé par l'usage de la rhubarbe et d'une purgation, je me trouvai mieux ; je ne vis plus mes bluettes, et je les croyais dissipées sans retour ; mais mon espoir a été déçu, et j'en ai été attaqué depuis peu d'une manière beaucoup plus marquée ; c'est ce qui me détermine à consulter. Ma vue est fatiguée ; je sens que le mouvement de l'œil est embarrassé ; les petits vaisseaux se trouvent probablement gonflés, et produisent des ombres inquié-

tantes : je fus obligé, la semaine dernière, d'aller passer quelques jours, à la campagne où je fus très-occupé à écrire et à calculer; j'eus besoin, un soir que j'étais chez un ami, d'aller dans son jardin; je connaissais les êtres, et j'avais pris une lanterne pour m'éclairer; je fus très-surpris, en voulant rentrer, de ne pas retrouver la porte; j'en pâlis : j'allai à tâtons le long du mur; enfin je la trouvai. Mon ami s'aperçut de mon émotion : je dis ce qui venait de m'arriver. Le chirurgien appelé visita mes yeux, et me tranquillisa, en me disant qu'ils étaient très sains, mais il les trouva pleins d'eau, et remarqua de petits gonflements dans les angles des yeux : au moment de cet accident effrayant, je ne voyais que du blanc qui me cachait la porte, comme si on l'eût couverte avec un drap de lit. Nous remîmes les expériences à une autre fois. Le lendemain soir, nous étions quatre à souper, y compris le chirurgien. Le repas fini, nous allâmes dans une cour assez étroite; j'en connaissais tous les objets : je savais que le clocher de la paroisse était vis-à-vis la porte; je ne pus reconnaître personne, et je ne discernai le clocher que comme une grosse masse confuse. Là où les autres voyaient bien, je n'apercevais que du blanc mêlé de noir; en levant les yeux, les étoiles me paraissaient très-brillantes; mais je ne voyais rien devant moi horizontalement, ni en bas. Quand je me couchai, les rideaux étant bien fermés et la chandelle éteinte, je ne

vis plus que du blanc autour de moi pendant une minute ou deux. Au milieu de la nuit, j'ouvris mes rideaux, et je fus très-surpris d'apercevoir sur le carreau de la chambre divers objets de différentes couleurs; les derniers rayons de la lune donnaient apparemment sur les rideaux de la fenêtre qui sont à raies noires et blanches, entremêlées de petites mouches; la réflexion de ces diverses couleurs tombait sur mes yeux, et je voyais sur le carreau, toutes sortes de figures que je distinguais à peine, et qui me causaient des éblouissements. Si j'avais eu les yeux moins affectés, j'aurais sûrement vu la représentation des bandes et fleurs des rideaux éclairées par la lune, peintes sur le pavé. J'ai souvent des étourdissements, et actuellement même, j'en ressens en écrivant.

LE CARLIER D'EPUISART.

Cette maladie est plus effrayante que dangereuse; on la guérit presque toujours sans employer beaucoup de remèdes, et peut-être il suffit d'avoir recours aux émétiques.

Je lui trouve quelque analogie avec cette affection nerveuse que beaucoup de personnes, saines d'ailleurs, éprouvent périodiquement. Je veux parler de ces zigzags lumineux qui paraissent changer de place, dérobent, pendant quelques minutes, la perception de la portion des objets au-devant de laquelle on les voit s'agiter, s'éva-

nouissent lentement dans l'espace d'une demi-heure ou environ, et sont remplacés par une migraine plus ou moins forte, dont ils sont l'annonce périodique, et dont le retour cependant n'est ni régulier ni déterminé par une cause apparente. On me parle souvent de ces légers accidents : moi-même j'y ai été sujet depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de trente. La clarté blanchâtre et agitée qui me dérobait une partie des objets pour quelques minutes, se déplaçait avec lenteur, et ne disparaissait souvent qu'après trois quarts-d'heure : j'éprouvais alors une migraine assez forte. Cet accident auquel j'étais sujet dix à douze fois par an, ne revenait pas très-régulièrement; mais, lorsqu'il avait lieu, sa durée était la même, et l'agitation lumineuse finissait toujours par se retirer à gauche, du côté externe et supérieur. Le fantôme lumineux était le même, soit que j'eusse un seul œil ou les deux yeux ouverts, ce qui semble prouver que la cause n'est pas dans le globe, mais dans le cerveau, au point d'union des nerfs optiques, ou peut-être encore au-delà. A-présent, j'éprouve cet éblouissement quatre ou cinq fois par an, mais à un degré moins marqué, et, depuis plusieurs années, il est à peine suivi d'une légère sensation de migraine qui dure à peine quelques secondes.

L'aveuglement de nuit est une maladie d'un caractère particulier, et dont l'existence ne peut être contestée.

Il n'en est pas de même de l'aveuglement de jour. Je ne crois pas qu'il existe une maladie qui mérite ce nom dans la rigoureuse acception du mot. Je ne crois pas, à moins d'imposture, qu'un sujet ayant les yeux parfaitement sains, veuille jamais persuader qu'il n'aperçoit rien pendant que le soleil est sur l'horizon, et qu'il voit distinctement pendant la nuit, à l'aide d'une lumière artificielle.

Je ne connais l'aveuglement de jour (1) que comme symptôme d'hypersthénie de la rétine, ou d'ophtalmies internes; de phlegmasies des membranes du globe, notamment de la cornée; de taches centrales de cette membrane, du cristallin, ou de sa capsule; d'adhérences, ou de rétrécissement de la marge pupillaire de l'iris, ou enfin de toute autre lésion dont l'effet est augmenté par le rétrécissement de la pupille, qui a lieu d'une manière plus marquée lorsque l'œil est soumis à l'impression de la lumière du soleil.

Je remarque assez souvent qu'un engorgement dans le lacis vasculaire de l'iris produit, pendant le jour, une espèce de trouble de la vision qui reconnaît pour cause la difficulté que la pupille éprouve à se resserrer, tandis qu'elle se dilate plus aisément à la lumière artificielle.

---

(1) Synonymie. Νυκτάλωπας, qui nocte vident. Hippocrat., prædict. II, XL, gal. in def. medic. et in isagog. cap. 16.

Amblyopia meridiana. Vespertina acies Fel. Plater. Vue de nuit. Nyctalopie. Cécité diurne.

Je ne vois donc rien à prescrire directement pour combattre cette affection, que les moyens indiqués contre les maladies dont elle est le symptôme, et, si l'on voulait absolument continuer à en faire une maladie particulière, on pourrait l'appeler héliophobie (horreur du soleil), comme l'a fait, je crois, Blumenbach, de Gottingue, à l'occasion des Albinos. Je trouve au reste le mot très-convenable pour désigner la difficulté de supporter l'impression de la lumière émanée du soleil ; mais on ne pourrait pas l'employer à l'occasion de l'impression douloureuse produite par la lumière artificielle.

CHAPITRE III.

De la Mydriase (1).

Mon père est le premier qui ait fait des recherches, tout-à-la-fois théoriques et pratiques, sur la mydriase. J'engage le lecteur à consulter un écrit de lui qui renferme les plus importantes de ces recherches (2). J'y puiserai une partie de ce que j'aurai à dire dans ce chapitre.

---

(1) Synonymie. Μυδρίασις. Celse, de re medicâ. Galien, méth. med. ab ἀμυδρὸς, obscurus; πλατυκορία, a πλατὺς, amplus, et κόρη, pupilla.

(2) Observations insérées à la fin du premier volume de la traduction des Essais et observations de médecine de la Société d'Édimbourg.

La dilatation contre nature de la pupille doit être distinguée en idiopathique ou essentielle, et en sympathique ou symptomatique.

La mydriase (pl. 20, fig. 2) est une maladie dans laquelle la pupille se trouve dilatée et immobile, et reste dans cet état, à quelque degré de lumière qu'on expose l'œil, quoique les rayons parviennent sans obstacle, et agissent librement sur l'organe. Dans certains cas les objets paraissent quelquefois plus petits, mais ils sont toujours vus d'une manière confuse.

1° Si la lumière parvient sans obstacle jusqu'au fond de l'œil, il s'ensuit non-seulement que les humeurs sont transparentes (c'est le sentiment des médecins grecs (1) qui les premiers ont parlé de cette maladie), mais encore qu'elles sont conformées d'une manière naturelle : autrement les rayons de lumière souffriraient en les traversant des réfractions irrégulières et ne parviendraient pas librement jusqu'à la rétine.

2° Puisque la lumière agit directement sur les fibres de l'organe, il s'ensuit encore que celui-ci est en état de recevoir et de transmettre jusqu'au cerveau les ébranlements qu'il reçoit de ses rayons.

3° La cause de la dilatation ne se trouvant ni

(1) Orib. synops., lib. VIII, cap. 44; Aetius, tetr. II, serm. II, cap. 52; Paul. AEgin., de re med., lib. III, cap. 22 Actuar., meth. med. lib. II, cap. VII.

dans les humeurs ni dans l'organe, doit par conséquent résider dans l'iris même, ou dans les parties destinées à la mettre en mouvement, et c'est là ce qui caractérise particulièrement la dilatation idiopathique de la pupille, et qui la distingue de celle qui n'est que symptomatique.

On est d'abord surpris que les personnes qui sont attaquées de cette maladie ne voient les objets que d'une manière confuse, puisque l'organe est en état de recevoir et de transmettre jusqu'au cerveau, du moins en partie, les ébranlements que la lumière lui fait éprouver.

L'étonnement cesse quand on réfléchit qu'il doit arriver aux yeux de ceux qui en sont attaqués ce qui arrive à tous les yeux sains, lorsque d'un lieu très-obscur où la pupille se trouve dans un grand degré de dilatation, on les expose subitement à une lumière trop vive. Dans le premier instant de ce passage, les yeux sont éblouis et ne peuvent distinguer aucun objet : ils n'aperçoivent d'abord qu'une grande clarté dont ils sont frappés d'une manière incommode, et à laquelle succède quelquefois l'apparition des principales couleurs, telles que le rouge, le jaune et le bleu, qui paraissent ordinairement l'une après l'autre, selon que les ébranlements imprimés par la lumière aux fibres de l'organe perdent de leur force.

Cet état d'éblouissement dure jusqu'à ce que l'organe soit monté au ton nécessaire pour sou-

tenir aisément les impressions d'une lumière vive; et une des conditions essentielles pour cela, est que la pupille se rétrécisse au point de n'en laisser passer qu'une quantité proportionnée au degré de sensibilité de l'organe. Cela est si vrai, que l'on est alors obligé de fermer les yeux.

Par la même raison, si la dilatation contre nature de la pupille est très-grande, les personnes qui en seront attaquées doivent être dans un état d'éblouissement qui les empêchera de distinguer les objets toutes les fois qu'elles s'exposeront à la lumière. Elles souffriront même de la moindre clarté, ce qui les obligera ou de couvrir l'œil malade, ou de chercher les ténèbres, et, si la dilatation dure long-temps, la cécité en sera la suite inévitable, parce que l'éblouissement est souvent une cause de la perte de la vue.

Si la dilatation est moins grande, les malades pourront distinguer les gros objets ou les couleurs prononcées, d'une manière cependant confuse et proportionnée au degré de dilatation et à la force de la lumière. Je dis à la force de la lumière, parce que ces personnes voient toujours mieux le matin et le soir, qu'au milieu du jour, et mieux à un jour médiocre qu'à un plus grand (1).

Les signes diagnostics de cette maladie sont les suivants :

1° La pupille est dilatée, et reste telle à quelque

(1) Fel. Plater., lib. I, de funct. læsion,, cap. VII.

degré de lumière qu'on expose l'œil : on n'y aperçoit même pour l'ordinaire aucun mouvement.

2° Elle est noire, comme dans l'état naturel (1), preuve toujours certaine de la transparence des humeurs.

3° En examinant l'œil avec attention et sous différents points de vue, on y aperçoit quelquefois un léger brouillard ou nuage; mais ce nuage est plus uniforme, plus étendu et plus profond que celui qu'on remarque au cristallin, quand il commence à se cataracter. Il disparaît même, ou change de situation, selon les différents mouvements que l'observateur fait faire à l'œil du malade.

Toutes ces circonstances prouvent évidemment que ce brouillard apparent dépend uniquement de quelques rayons de lumière qui sont réfléchis de l'intérieur de l'œil, et qui s'échappent au travers de la pupille à raison de sa trop grande dilatation.

4° Les malades sont incommodés par la présence de la lumière, et ils voient mieux à un jour médiocre qu'à un grand jour.

5° Quand on les fait regarder par un petit trou, non-seulement ils supportent plus facilement la lumière, mais ils distinguent mieux les

---

(1) Quum pupillæ color nihil immutatur, sed multò quàm naturaliter esse consuevit, est latior, etc. Orib., loc. ant. cit.

objets. Ce simple procédé préviendrait peut-être les suites fâcheuses de cette maladie, si on l'employait dès le commencement, dans l'intention de mettre l'œil à l'abri d'une lumière trop vive.

La dilatation sympathique ou symptomatique est celle qui est une suite de la faiblesse des ébranlements imprimés par les rayons de lumière aux fibres de l'organe, soit que cette faiblesse provienne de quelque indisposition de l'organe même, soit qu'elle dépende de quelque altération particulière des différents milieux que ces rayons ont à traverser pour y parvenir.

Quoique l'on ne soit point d'accord sur la nature des ressorts qui font toujours rétrécir la pupille proportionnellement à l'intensité de la lumière qui parvient jusqu'au fond de l'œil, et à la disposition de l'organe immédiat de la vue, nous pouvons cependant assurer que la contraction de la pupille est toujours une suite nécessaire des ébranlements causés par la lumière aux fibres de cet organe.

C'est ce qui est démontré pas l'expérience; elle nous apprend que plus l'organe est sensible, comme il arrive dans les dispositions sthéniques de la rétine et les inflammations des membranes internes de l'œil, plus la pupille se contracte à un même degré de lumière; que moins l'organe est sensible, comme il arrive dans quelques espèces d'amaurose, plus elle reste dilatée.

La même chose peut arriver, quoique l'organe

immédiat de la vue soit bien disposé, si les humeurs ou les membranes que les rayons de lumière ont à traverser pour y parvenir, sont troubles ou opaques, de manière qu'elles s'opposent à leur passage, et qu'il n'en parvienne qu'une petite quantité au fond de l'œil. Cette petite quantité ne pourra ébranler que faiblement les fibres de l'organe, d'où s'ensuivra une moindre contraction de la pupille.

Ce n'est point de la dilatation sympathique ou symptomatique qu'il doit être ici question.

La dilatation idiopathique de l'iris constitue donc la mydriase. Cette affection, toujours accompagnée de confusion dans la perception des objets, est, dans un certain nombre de cas seulement, accompagnée d'un symptôme qui a été remarqué par les médecins grecs et nié par quelques modernes (1) : c'est la petitesse apparente des objets. Je l'ai rencontré chez le tiers à-peu-près des personnes que j'ai traitées de cette maladie.

Parmi les anciens, Oribase me paraît le premier qui ait fait cette singulière observation. Il dit que dans la mydriase ou dilatation de la pupille, les objets paraissent plus petits (2).

Aëtius a fait la même remarque. Il décrit cette

---

(1) Plater. lib. I, de funct. læsion. cap. VII, de mydriasi seu pupillæ dilatatione. Plempius ophtalm. lib. IV. Prob. LIX.

(2) Quum...., interim quæ videntur naturaliter esse con-

affection en peu de mots, et dit que la vue se conserve quelquefois, pendant sa durée, quoique d'une manière confuse, et que les personnes qui en sont attaquées voient les objets plus petits qu'ils ne sont en effet (1). Le détail dans lequel il entre à ce sujet ne permet pas de douter qu'il n'ait eu occasion d'observer plusieurs fois cette maladie.

Paul d'Ægine (2) s'exprime à sujet de la même manière qu'Oribase, qu'il paraît avoir copié à la lettre; car les petites différences qui se trouvent

---

suevit, est latior, et interim lumine penitùs privat, interim verò quæ videntur multò minora apparent omnia, mydriasis malum vocatur. Oribas. synops. lib. VIII, cap. XLIV, de mydriasi.

(1) Aliquando tamen vident, verum obscurè, et quæ videntur ab ipsis omnia minora putantur, diffuso videlicet spiritu visivo. Fit hæc affectio propter humorum allapsum, qui aut acervatim, aut paulatim feruntur, à quibus, citra sensum, uviformis tunica distenditur et pupilla ampliùs dilatatur. Est autem hæc affectio valdè ægrè curabilis. Quum enim membranosa sit tunica uviformis, ubi semel distenta fuerit, induratur, neque facilè amplius contrahi potest. Accidit autem hæc affectio magis pueris, propter tunicarum debilitatem. Aëtius, tetrab. II, serm. II, cap. LII, de mydriasi.

(2) Quum pupilla colore quidem nihil alterata apparet, verùm multò latior quàm pro naturali modo, et quandoque visum in totum impedit, quandoque multum, et quæ videntur ab ipsis omnia minora esse putantur, mydriasis appellatur affectio, etc. Paulus Aegin., de re medicâ, lib. III, de ocul. morb. cap. XXII, de mydriasi, id est, pupillæ dilatatione.

dans les versions latines paraissent dues aux traducteurs.

Actuarius, le dernier des Grecs qui fasse mention de la dilatation de la pupille, a dit au contraire que, dans cette maladie, tous les objets paraissaient plus grands. Il n'est pas douteux que cet auteur ne parle, dans le passage ci-dessus rapporté (1), de la dilatation contre nature de la pupille. D'où peut donc venir cette contradiction?

Il faut nécessairement supposer qu'Actuarius n'a jamais eu occasion d'examiner cette maladie, et qu'il a regardé comme impossible que les objets parussent plus petits dans la dilatation de la pupille, parce que cela ne paraît pas conforme à la nature, ou il faut se déterminer à dire que c'est une faute du traducteur, ainsi que l'a prétendu Menjot (2), qui assure avoir lu le contraire dans une copie manuscrite d'Actuarius, qui faisait partie de la riche bibliothèque de Mentel, médecin de la Faculté de Paris. Ce dernier sentiment est d'autant plus vraisemblable,

---

(1) Porrò quum pupilla colore nihil evariat, sed multò quàm naturæ competat, latior fit, interdùm ægro visionem omnino præripit, interdùm plurimum adimit, ut omnia quæ visui occurrant, majora, quum tamen sint minora, esse videantur. Vitium μυδρίασις græcis appellatur, atque ab humore superfluo excrementitioque eo confluente oritur. Actuar. meth. medend. lib. II, cap. VII.

(2) Menjot, dissert. path. tome I, part. 1, page 239.

qu'Actuarius paraît avoir entièrement pris d'Oribase ce qu'il dit au sujet de cette maladie, comme on pourra le voir en confrontant les deux passages.

Scheid explique le symptôme de la petitesse des objets qui accompagne la mydriase, en disant que, lorsque l'humeur aqueuse augmente, le cristallin doit être comprimé et repoussé vers le fond de l'œil; ce qui, d'après cet auteur, ne peut se faire sans que la surface antérieure de ce corps ne soit aplatie, et la distance qui se trouve entre lui et le fond de l'œil, diminuée. L'aplatissement du cristallin diminue la grandeur des objets, et cette diminution augmente encore, à mesure que ce corps s'approche de la rétine (1).

Galien a remarqué (2) que l'emploi extérieur des remèdes dans lesquels entrait l'opium ou autres stupéfiants, produisait une mydriase, en occasionnant la dilatation de la pupille. Je suis

---

(1) Ubi enim aqueus sui copia exuberaverit, aut affluxu, humoris crystallini convexam superficiem quadantenus explanat, dum processus ciliares nimis tenduntur, ita ut crystallinus ipse in penetralia oculi magis protrudatur, imprimis ubi simul vitreus defecerit. Hinc fit, ut objecta intuentibus minora appareant, si quidem non sufficiens restat pro ampliatione radiorum retro crystallinum usquè ad retinæ parietem interstitium : quin crystallinus planior factus minora jam radios colligendo objecta efficit. Sed ferè omnia obscura appareant necesse est. Visus vitiatus, sect. II, §. 17.

(2) De meth. med. lib. III, cap. II.

très-étonné que l'on n'ait pas songé, pendant plus de seize siècles, à employer un moyen dont j'ai tiré un parti si avantageux dans ma pratique (*voyez* ci-dessus, page 260).

Il résulte d'un examen attentif des différents cas de mydriase qui se présentent, que cette maladie est due à une lésion des nerfs ciliaires, soit que la cause de cette lésion se trouve précisément au point de leur épanouissement, comme lorsque la mydriase a lieu par une contusion; soit qu'elle se trouve entre la sclérotique et la choroïde sur leur trajet, ou dans l'épaisseur même de la première de ces deux membranes, que ces nerfs pénètrent au nombre de six ou sept, épaisseur dans laquelle ils se trouvent engagés, sur une longueur de deux ou trois lignes, auprès du nerf optique, en quittant le ganglion ophtalmique qui les fournit. La lésion peut encore avoir lieu dans ce ganglion même, ou dans le trajet des nerfs dont il est composé.

(*Voyez*, pour les filets des nerfs qui vont se distribuer à l'iris, pl. 6, fig. 2, *l. l. l. s. v. v.;* pl. 10, fig. 1, *g.;* fig. 2, *n. p.;* fig. 3, *n. n.*, et les explications de ces figures.)

Il est facile de distinguer la mydriase de la dilatation de la pupille par amaurose. Dans ce dernier cas, la vue est diminuée et souvent à-peu-près nulle; dans le premier, le malade peut voir les plus petits objets, souvent même à lire, en se servant d'une carte percée d'un petit trou. On

en infère alors aisément que l'iris seule est affectée (obs. 359).

Je vois le plus ordinairement la mydriase, quand elle n'a pas pour cause une contusion ou une blessure très-grave, diminuer de moitié dans l'espace des six premiers mois, même chez des sujets qui n'emploient aucun moyen pour la combattre. Ce qui en reste alors ne disparaît qu'avec beaucoup plus de difficulté et de lenteur, comme je l'ai observé chez une des premières actrices de l'un de nos théâtres, et quelquefois elle ne se dissipe point entièrement. En 1807, je l'ai vue céder à moitié dans l'espace de quatre mois par l'emploi, à-peu-près seul, des moyens extérieurs, chez Madame Dest***, âgée de vingt-huit ans, dont la santé était en si mauvais état, que je ne pus avoir recours à aucun remède énergique. La pupille se resserra un peu dans le cours de l'année suivante, et elle conservait encore quelque dilatation, lorsque la malade mourut peu de temps après.

J'ai vu le rétablissement complet, même après une contusion; mais ces terminaisons heureuses de la mydriase qui a pour cause une lésion externe, sont extrêmement rares. L'observation 264 présente un exemple de désorganisation du globe qui fut précédée d'une mydriase survenue à l'instant même où l'œil fut blessé par un coup de pierre.

M. Ch***, âgé de vingt ans et bien constitué,

reçut une semblable contusion, en 1811, sur l'œil droit. L'état de dilatation de la pupille est représenté par la figure 2, planche 20. Les saignées, la diète, les instillations excitantes, et les frictions exercées sur le globe, ont rétabli cet organe.

J'ai vu, mais rarement, la mydriase suivie d'amaurose, même après sa guérison. On sera étonné que cet effet consécutif de la même cause ne soit pas plus fréquent, quand on réfléchira à la situation des nerfs qui concourent à former le ganglion ophtalmique et à celle des nerfs optiques.

J'ai traité et guéri complétement, en juin 1804, d'une mydriase à l'œil droit, M. le comte de Sch***, âgé de quarante ans ou environ, fort replet, doué d'un tempérament lymphatico-sanguin. La dilatation de la pupille était plus considérable que celle présentée par la figure 2, planche 20. On ne voyait presque plus l'iris; cependant le rétablissement fut complet. Un an après, il s'aperçut que sa vue s'affaiblissait. Des occupations qui ne lui laissaient aucun repos ni le jour, ni la nuit, ne lui permirent point de faire attention à sa nouvelle maladie; des amauroses se déclarèrent, et lorsqu'il m'appela à La Haye, en février 1806, elles étaient complètes. Les pupilles étaient dilatées au même degré : cette dilatation égalait la moitié à-peu-près de celle que présentait la pupille du droit au commencement de la mydriase

dont il avait été attaqué. Toutes deux étaient immobiles. L'emploi des moyens les plus énergiques fut arrêté dans des consultations auxquelles fut appelé M. Gramm, célèbre chirurgien de Rotterdam. Le quinzième jour du traitement, il y eut une amélioration sensible; les pupilles reprirent un peu de mouvement; le malade aperçut les couleurs et quelques gros objets; mais au bout de quinze autres jours, il fut évident que ces amauroses étaient incurables.

On guérit plus aisément la mydriase que l'amaurose. Des malades qui avaient été traités et guéris d'une simple dilatation de la pupille m'ont dit qu'ils avaient eu une amaurose. On a pris ainsi plusieurs guérisons de mydriase pour des guérisons d'amauroses.

Il reste encore des recherches à faire au sujet de la mydriase. Je prie ceux qui voudront s'y livrer de ne pas perdre de vue un phénomène qui n'a pas, que je sache, été remarqué, et dont je tire un parti utile dans ma pratique. Si l'on instille dans l'œil une liqueur âcre, même lorsque la dilatation de la pupille est portée au dernier degré, on voit à l'instant cette ouverture se rétrécir de près de moitié, et le malade recouvrer pendant une ou deux minutes seulement, la faculté de voir les petits objets à l'œil nu, tandis qu'auparavant il ne les distinguait qu'en les regardant à travers un trou percé dans une carte à jouer, ou une autre petite ouverture équivalente.

Il résulte de mes observations que sur neuf de ces maladies, sept marchent, même sans traitement, vers la guérison : on ne fait que l'accélérer un peu par l'emploi des moyens convenables, surtout de quelques excitants extérieurs.

Il y a deux ans, j'observai avec soin deux malades, tous deux bien constitués, et qui me consultèrent dans le cours du même mois pour une mydriase bien caractérisée. L'un, ouvrier, se refusa à toute espèce de traitement, j'eus même beaucoup de peine à obtenir de lui qu'il se soumettrait à mon examen de temps à autre. Le second demanda à être traité; je lui fis établir à la nuque un vésicatoire, qui fut entretenu au-de là de trois mois. J'eus recours à des vomitifs, à l'usage de plusieurs eaux minérales, à plusieurs moyens excitants employés extérieurement, et à un régime austère. Ce traitement dura cinq mois, après lesquels le malade se borna à continuer l'usage local de quelques remèdes. A la fin du huitième mois, tous deux en étaient à-peu-près au même point de guérison. Leur pupille était rétrécie de plus de moitié, et ils commençaient à distinguer les petits objets sans le secours d'un carton percé. Dès le troisième mois, ils supportaient assez aisément l'impression de la lumière naturelle ou artificielle. Ils ont encore gagné depuis, mais à l'expiration d'une autre année, il leur restait un peu de dilatation de la pupille, et la vue n'était pas aussi bonne que

celle de l'œil sain. La pupille avait repris assez de liberté dans ses mouvements de contraction et de dilatation : je regardai alors leur état comme fixé.

Cette maladie n'est peut-être pas la seule dont on pourrait, après un examen attentif, confier le traitement aux seuls efforts de la nature, en supprimant l'emploi de certains moyens accrédités par une routine aveugle; mais où vais-je m'égarer?...

Cependant il ne faut pas inférer de l'observation que je viens de rapporter que l'on ne doit rien faire pour combattre la mydriase. Si je l'ai vue souvent se dissiper peu-à-peu d'elle-même d'une manière plus ou moins satisfaisante, et en paraissant céder à quelques remèdes inutiles, quelquefois même contraires, il y a aussi des cas où elle annonce un embarras dans le cerveau. Elle fut probablement un signe de ce genre chez M. le comte de Sch***. D'après ce que je vois dans ma pratique, si je pouvais connaître, lorsque je suis consulté pour une mydriase, quel est le point où se trouve la cause de cette maladie, j'observerais la marche suivante.

Si les filets de nerfs qui concourent à former le ganglion ophtalmique étaient affectés dans l'intérieur du crâne, soit à leur origine, soit dans leur trajet, j'aurais recours aux moyens indiqués contre l'espèce d'amaurose dont la cause est également dans l'intérieur de la masse encéphalique

(*voyez* ci-dessus, page 415); s'il s'agissait d'un petit tubercule ou de tout autre point d'engorgement dans l'intérieur de l'orbite, près du ganglion ophtalmique, j'emploierais une partie de ces mêmes moyens, et si les nerfs ciliaires fournis par ce ganglion étaient seuls lésés, soit parce qu'ils seraient comprimés dans l'épaisseur de la sclérotique par un changement survenu à son tissu, soit parce qu'ils éprouveraient quelque altération au point où ils se trouvent entre cette membrane et la choroïde, je ne prescrirais aucun moyen intérieur, j'aurais seulement recours à des frictions sur la cornée et sur la conjonctive.

J'emploie aussi l'électricité contre la mydriase plutôt que contre l'amaurose : je me contente de faire recevoir à l'œil, fermé dans les premiers jours, et ensuite ouvert les jours suivants, des étincelles électriques : la matière de l'électricité est simplement dirigée vers le globe par un conducteur. La longueur de l'étincelle doit être telle, que l'œil en supporte aisément l'impression, par exemple, de quatre à cinq lignes. L'emploi du galvanisme m'a présenté le même résultat, c'est-à-dire, qu'après un certain nombre d'étincelles, la pupille se resserre pendant une ou deux minutes. Ce resserrement s'élève à plus de moitié, si on exerce aussitôt après quelques frictions sur le globe, et qu'on les fasse suivre, sans aucun intervalle, de l'instillation d'une liqueur âcre entre les paupières. Celle dont je me sers est une infusion à

froid de tabac dans de l'eau. Après une centaine d'étincelles électriques, je fais passer légèrement sur le globe, pendant une demi-minute, l'anneau d'un stylet d'argent (pl. 14, fig. 17), et je fais introduire dans l'œil une ou deux gouttes d'infusion de tabac. Le larmoiement est assez marqué; le nerf lacrymal et les filets qui fournissent à la conjonctive étant excités par ces trois moyens employés presque simultanément, l'ébranlement se communique aux nerfs ciliaires, et on voit constamment la pupille se rétrécir au point de reprendre presque son diamètre naturel. Le malade est en état de lire, à l'œil nu, pendant une ou deux minutes, après lesquelles la pupille se remet dans son état de dilatation précédent, et conserve toutefois quelque trace du rétrécissement passager qu'on lui a procuré.

Ainsi je donne le moyen de faire rétrécir artificiellement la pupille pour quelques instants, comme j'ai donné plus haut, page 260, le moyen de la dilater pour trois ou quatre jours. Dans un grand nombre de cas, il reste quelques vestiges de l'emploi de l'un et de l'autre de ces procédés, chaque fois qu'on les met en usage.

En général, si, pour le traitement d'une des mydriases qui se présentent à moi, j'étais obligé d'opter entre l'emploi des moyens généraux les plus héroïques, et le seul usage des trois moyens extérieurs que je viens d'indiquer, je n'hésiterais pas un moment : j'ai vu plus d'effet réel de ces

derniers que des premiers. On peut ajouter l'évaporation d'un collyre volatil (*voyez* ci-dessus, page 421), et des frictions avec de l'eau-de-vie de lavande, autour de l'œil et derrière l'oreille, du même côté.

Ce dernier mot me fait souvenir d'ajouter que je n'ai jamais vu cette maladie aux deux yeux, ce qui la distingue éminemment de l'amaurose. Je n'ai pas connaissance que personne l'ait observée des deux côtés, et j'ai pris à ce sujet les informations les plus scrupuleuses. C'est un renseignement qui peut être utile à ceux qui feront des recherches sur la nature de cette maladie. J'en ai inféré que, presque toujours, la cause qui gêne les fonctions des nerfs ciliaires, a son siége dans le globe. Ici les questions se présentent en foule.

Pourquoi cette maladie, qui se forme tout-à-coup, commence-t-elle à diminuer dès les jours suivants?

Pourquoi ne la voit-on qu'à un seul œil?

Pourquoi, par la suite et après la guérison du premier, ne se forme-t-elle point au second œil, comme le fait quelquefois l'amaurose?

Comment se fait-il que, dans tous les cas de mydriase, l'emploi, soit de l'électricité, soit d'une liqueur âcre, soit de frictions sur le globe, fait subitement rétrécir de moitié la pupille pendant une minute ou environ?

Pourquoi ne la voit-on que très-rarement suivie d'amaurose, etc.?

CHAPITRE IV.

De la Myopie.

M. de Sauvages était très-myope; cette incommodité lui avait fait étudier les lois de l'optique avec un intérêt tout particulier. Il a traité de la myopie et de la presbytie en physicien éclairé, après avoir mis à profit, dans l'intérêt de la science, les recherches alors très-récentes de Boerrhaave, et après avoir soumis à mon père un grand nombre de questions relatives à la dioptrique et à la catoptrique, dans des lettres autographes que je conserve. Je puiserai, soit dans ces lettres, soit dans les ouvrages de ce célèbre médecin, une grande partie de ce que j'ai à dire sur la myopie et la presbytie.

On appelle myopes ceux qui voient confusément les objets placés à une certaine distance, mais qui les distinguent très-bien de près.

La cause de la myopie (1) est la réunion des rayons de lumière avant qu'ils soient parvenus à la rétine, ou leur concours derrière le cristallin. Ce vice d'organisation provient, 1° de la force réfractive de l'humeur aqueuse et du cristallin; 2° de la convexité de la cornée et du cristallin; 3° de la distance qu'il y a entre le cristallin, la

---

(1) Synonymie. Amblyopia dissitorum. Visus juvenum.

cornée, et la rétine; 4° de la distance des objets; 5° enfin de l'ouverture de la pupille.

1° Les rayons se réunissent d'autant plus vîte, toutes choses égales d'ailleurs, que la force réfractive des corps diaphanes de l'œil est plus considérable. Mais cette force de réfraction est en raison de la densité des milieux : donc la myopie, ou la réunion trop prompte des rayons de lumière, augmente dans le même rapport. La même densité des milieux étant supposée, la force de la réfraction est comme la densité de l'humeur aqueuse, quand la vision se fait dans l'air. Supposons, par exemple, que le cristallin et l'humeur aqueuse aient la densité du verre, parce que le rapport de la réfraction de l'air sur le verre est comme trois à deux; tandis que sur l'eau, ce rapport est comme quatre à trois. La dioptrique nous apprend que, dans le premier cas, le foyer est deux fois plus éloigné de la surface réfringente que dans l'autre : donc si la densité du cristallin, de l'humeur aqueuse, ou même du verre, augmente, la force réfractive sera plus grande, et conséquemment l'homme, qui sera dans l'air, deviendra myope, tandis qu'il verrait distinctement les objets dans l'eau, même à une distance assez considérable.

2° Les rayons parallèles entre eux, et tous ceux qui partent de quelques objets très-éloignés, tombent sur une cornée plus convexe, avec plus d'obliquité; ainsi l'angle d'incidence des rayons avec la perpendiculaire tirée du centre de la cornée

à la circonférence de cette membrane, est plus grand ; or, l'angle de réfraction est toujours égal à l'angle d'incidence : donc l'angle de réfraction sera plus grand. Mais, plus le sinus de l'angle de réfraction est grand, plus les rayons se réunissent promptement à l'axe visuel ; donc les rayons qui partent d'un objet éloigné, se réuniront d'autant plus promptement derrière le cristallin, que la cornée sera plus convexe, et la myopie aura lieu. Ce que je dis de la convexité de la cornée, on peut l'appliquer à celle du cristallin : la myopie croîtra en raison de la convexité de ces deux parties de l'œil; de sorte que, bien que la cornée ne soit pas plus convexe qu'à l'ordinaire, il suffit que les deux surfaces du cristallin, ou même une seule, soient plus convexes que dans l'état naturel pour occasionner la myopie.

3° Plus la rétine est éloignée du cristallin et de la cornée, plus la réunion des rayons se fait loin de la rétine et plus, par conséquent, elle se fait près du cristallin, quoique la force réfractive et la convexité des parties de l'œil soient les mêmes. Dans l'état naturel et sain, ces organes sont dans une proportion si exacte, et si bien disposés suivant les lois de la géométrie la plus sublime, que la rétine n'est pas éloignée du cristallin d'une seule ligne de plus dans un homme que dans un autre. Mais si cette proportion cesse d'être exacte, ou que la distance relative de ces parties augmente, le sujet sera myope.

4° Plus les objets sont éloignés, plus les rayons qui en partent et qui tombent sur l'œil approchent du parallélisme. Or, les rayons parallèles se réunissent plutôt à l'axe visuel, que ceux qui sont divergents; c'est ce dont chacun peut se convaincre par une expérience très-facile. Car si l'on approche une chandelle d'une lentille de verre, et qu'on l'en éloigne alternativement, on verra le foyer des rayons s'éloigner derrière la lentille à mesure que la chandelle s'en approche, et s'en approcher à mesure qu'elle s'en éloigne. Cette expérience sert à faire comprendre pourquoi les myopes voient confusément les objets éloignés, et très-distinctement ceux qui sont près; ou pourquoi cette amblyopie est relative à la distance des objets.

5° Enfin, on a démontré par des expériences d'optique, que le foyer s'éloigne quand la pupille se resserre, et qu'il se rapproche vers la partie antérieure du globe, quand la pupille se dilate. Lors de cette dilatation, les rayons qui tombent sur le cristallin se réunissent plus promptement dans l'axe visuel, comme étant plus obliques que les rayons parallèles qui entrent seuls dans l'œil quand la pupille est resserrée.

Quelles que soient les causes organiques de la myopie, sa cause immédiate est la réunion des rayons de lumière, avant qu'ils soient parvenus à la rétine; il est d'expérience que, lorsqu'on approche de l'œil une lunette plane concave

ou concave des deux côtés, les rayons qui partent des objets éloignés, et qui gardent par conséquent le parallélisme entre eux, tombent sur l'œil, de manière qu'ils sont mutuellement divergents. Or, ils tombent alors de la même manière que s'ils partaient d'un objet très-proche de l'œil; et, dans ce cas, l'expérience prouve que le foyer s'éloigne de la loupe. Donc, si l'on place une lunette d'une concavité proportionnée auprès de l'œil, les rayons d'un objet éloigné qui parviennent à cet organe s'uniront sur la rétine elle-même : et l'on verra distinctement un objet éloigné.

Quoique la myopie paraisse une maladie très-simple, ses symptômes sont nombreux : de manière que l'on reconnaît un myopc à son geste, à son regard, à sa manière d'écrire. Non-seulement les myopes mettent presque sous le nez tout ce qu'ils lisent, mais ils regardent de côté, et même d'un seul œil l'objet placé fort près d'eux. Ils se plaisent à lire de très-petits caractères, et ils en forment d'aussi petits quand ils écrivent, afin de n'être pas obligés de remuer continuellement la tête pour lire ou pour tracer de nouvelles lignes. Ils n'ont besoin que d'une faible lumière, parce que leur pupille est toujours dilatée. Leur vue est obscure ou confuse, quand les objets qu'ils regardent sont placés à plus d'un pied, et comme ces objets sont en beaucoup plus grand nombre que ceux qui sont plus près, la pupille

s'accoutume à une dilatation qui lui devient à-peu-près habituelle. Quand les myopes regardent à travers un petit trou fait dans un papier, ils voient beaucoup plus distinctement les objets éloignés : le clignement de leurs paupières produit presque le même effet; c'est pourquoi ils les rapprochent ordinairement pour regarder un objet éloigné; on peut encore remarquer que les myopes regardent rarement ceux qui leur parlent. Pourquoi les regarderaient-ils, puisque en examinant les yeux, le visage et les mouvements des personnes dont ils écoutent la conversation, ils ne peuvent en tirer aucun éclaircissement; avantage dont jouissent ceux qui ont une bonne vue? mais ce qu'ils perdent de ce côté, ils le gagnent par l'attention qu'ils apportent à tous les discours qui frappent leurs oreilles. Comme ils baissent les yeux, ils ne sont point distraits par les objets qui les environnent. Lorsqu'ils regardent pendant la nuit des bougies éloignées d'eux, ils croient apercevoir autour une grande flamme circulaire et non conique.

Parmi les causes assignées plus haut à la myopie, la convexité un peu trop marquée de la cornée est la seule qui puisse être aperçue à l'examen. Elle est quelquefois si remarquable, que l'on peut reconnaître la myopie à l'aspect de cette membrane. Celle du cristallin est souvent très-sensible, lorsqu'on extrait à un myope ce corps devenu opaque.

J'ai eu toujours soin, lorsque j'ai extrait de semblables cristallins, de faire grande attention à la forme de la lentille ; mais je n'ai pas toujours pu reconnaître cette augmentation de convexité, parce que, le plus souvent, la lentille se déforme un peu, en passant à travers la pupille et l'incision faite à la cornée. J'ai tenu note de quelques-unes de ces opérations. Voici l'extrait de l'une des plus saillantes; je ferai remarquer, à ce sujet, que la myopie ainsi que la cataracte, se forment souvent chez plusieurs frères et sœurs.

Trois frères, MM. Co***, d'Amiens, et deux de leurs neveux, étaient connus de toute la ville pour avoir eu, depuis leur plus tendre enfance, la vue excessivement basse. Les trois frères avaient depuis un assez grand nombre d'années, des cataractes plus ou moins avancées; mais deux voyaient encore assez pour ne point éprouver le besoin d'être opérés, et lisaient aisément en approchant le papier extrêmement près. L'aîné, âgé de soixante ans, privé de la vue par deux cataractes, vint à Paris: il avait toujours été encore plus myope que ses deux frères. L'œil droit sur-tout ne lui avait jamais permis de lire autrement qu'en touchant le livre avec sa joue; la cornée de chaque œil était grande et saillante, la pupille large et très-mobile; je lui donnai quelques soins avec M. Desessarts, et je l'opérai ensuite par extraction. J'étais fort curieux d'avoir le cristallin de l'œil droit dans son intégrité. Pour atteindre ce but,

je ne trouvai aucun inconvénient à faire l'incision de la cornée un peu plus grande que de coutume, et je vis, avec plaisir, la lentille sortir sans avoir éprouvé aucune altération sensible à l'une ni à l'autre de ses deux surfaces. Son épaisseur, ou si l'on veut, son diamètre antéro-postérieur mesuré dans le sens de l'axe de l'œil, était d'une demi-ligne plus étendu que le même diamètre d'un cristallin ordinaire. Je fus appelé à Amiens, deux ans après cette opération, et je vis M. Co*** lire très-aisément avec des lunettes du nº 18, c'est-à-dire, avec des verres propres à un homme de soixante ans. L'opération de la cataracte, d'un myope en avait fait un presbyte, mais à un degré peu marqué, parce que la cornée avait conservé sa grande convexité, qui tenait lieu à M. Co*** d'un verre beaucoup plus convexe, tel que celui dont se servent les personnes auxquelles on a extrait ou abattu le cristallin.

Je rencontre de temps à autre une myopie accidentelle, que l'on confond presque toujours avec une amaurose. Elle a très-probablement pour cause une augmentation dans le volume du cristallin; et ce qui paraît le prouver, c'est qu'elle est quelquefois suivie de cataracte. Tantôt elle se forme aux deux yeux, tantôt elle ne se manifeste qu'à un seul, qui auparavant n'était point affecté de myopie (obs. 360.), plus souvent elle n'est qu'une augmentation de cette incommodité déja existante (obs. 361); elle est, dans quelques cas,

le symptôme d'une désorganisation de l'œil (obs. 362).

La myopie naturelle diminue le plus ordinairement avec les années, parce que le cristallin tend à s'applatir un peu à mesure que l'on avance en âge.

Je suis consulté fréquemment par des myopes, pour des symptômes équivoques, sur-tout pour des mouches volantes : je n'ai point trouvé la raison générale pour laquelle des signes, assez inquiétants en apparence chez toutes autres personnes que des myopes, annoncent chez celles-ci des désordres moins graves que chez celles qui ne sont pas affectées de cette incommodité; cependant, relativement aux mouches volantes, on peut présumer que la trop grande convexité du cristallin étant probablement due en partie à une plus grande quantité de l'humeur de Morgagni, par laquelle la capsule est distendue, les myopes doivent être plus sujets à ces fantômes voltigeants, qui ont, selon moi, leur siége dans cette liqueur, et ne doivent donner aucune inquiétude (tom. III, pag. 409; pl. 65).

J'ai vu des jeunes gens, qui avaient un grand intérêt à paraître myopes, se servir graduellement de verres dont la concavité faisait partie d'une sphère de plus en plus petite, et parvenir ainsi à lire aisément en appuyant leur nez sur le livre. C'est une preuve qu'il ne faut pas donner des verres concaves trop forts aux personnes affec-

tées de cette incommodité. Il m'arrive souvent d'en faire changer par gradations de trop concaves contre d'autres d'un numéro inférieur.

J'ai corrigé quelquefois la myopie en faisant prendre au myope une position fixe relativement à un livre dans lequel il pouvait lire à l'œil nu, par exemple, à huit pouces : sa tête était appuyée contre un mur sur un cahier de cartons très-minces ou de feuilles de papier très-épais dont on supprimait une feuille toutes les semaines. Il lisait tous les jours pendant une heure, et les yeux s'accoutumaient ainsi peu-à-peu à se passer d'un secours étranger. On a proposé, il y a quelques années en Russie, un pupitre mécanique propre à atteindre le même but. Le moyen que je propose, et qui me réussit depuis vingt ans, me paraît avoir au moins le mérite de la simplicité.

J'ai vu ce procédé réussir, même chez des myopes âgés de plus de trente ans.

Le remède le plus ordinaire est l'emploi de verres concaves des deux côtés.

« Si l'on préfère, dit Boerrhaave (1), un verre concave d'un seul côté et plat de l'autre, il faut que le verre soit creux du double : alors les myopes verront aussi bien qu'ils voyaient en se servant d'un verre cave des deux côtés. » Sauvages a fait la même remarque.

---

(1) Leçons publiques sur les maladies des yeux, page 225.

CHAPITRE V.

De la Presbytie.

On a donné le nom de presbytes (1) à ceux qui ne peuvent voir distinctement les petits objets qu'en les éloignant de leurs yeux, d'un, de deux, et même de trois pieds.

La théorie de la myopie jette le plus grand jour sur celle de la vue longue. Cette incommodité vient de ce que la réunion des rayons qui partent d'un objet placé près de l'œil se fait au-delà de la rétine.

Les causes qui rendent cette réunion trop tardive sont : 1° le peu de convexité de la cornée et d'une ou des deux surfaces du cristallin, de sorte que leur courbure forme une portion d'une grande sphère ; 2° la trop petite distance de la cornée et du cristallin, ou d'une de ces deux parties à la rétine ; 3° la diminution de la force réfractive des corps diaphanes de l'œil ; 4° la trop grande proximité des objets ; 5° le rétrécissement de la pupille.

Chacune de ces causes en particulier, et à plus forte raison leur réunion, fait que les rayons qui partent des objets placés près de l'œil s'unissent trop tard, et ont leur foyer derrière la rétine :

---

(1) Synonymie. Presbyopia. Visus senilis de πρέσϐυς, vieillard ; amblyopia dissitorum.

d'où il résulte que la vue ne peut être distincte; car la pyramide lumineuse est coupée par la rétine avant que les rayons se soient réunis au sommet du cône. Donc chaque point de l'objet peint une tache sur la rétine, comme il arrive chez les myopes, avec cette seule différence que la tache est formée par les rayons qui ne sont point encore réunis, et que, dans les myopes, les rayons sont déja réunis et épanouis pour la seconde fois.

Les presbytes parfaits voient distinctement les menus objets à la distance de trois pieds; tandis qu'ils voient confusément ceux qui sont plus près. Les individus qui sont moins presbytes éloignent à la distance d'un pied les livres qu'ils veulent lire. Ordinairement les presbytes ne distinguent point les objets qui sont placés au-delà du point où leur vue peut atteindre sans être altérée, parce qu'il ne suffit pas, pour voir distinctement les objets, que les rayons qui en partent s'unissent exactement sur la rétine; ce qui a lieu chez les presbytes à l'égard des objets même les plus éloignés; mais il faut que la quantité de rayons qui partent d'un objet soit d'autant plus grande, que la sensibilité de la rétine est moindre. Or, dans les vieillards la rétine est un peu moins sensible que dans les jeunes gens; et si les objets sont plus éloignés, il en part un moins grand nombre de rayons : donc ce nombre ne peut suffire pour que la vision soit claire et distincte. Les rayons

qui partent d'un objet et qui tombent sur une surface donnée, sont d'autant moins nombreux, que le carré de la distance de l'objet est plus grand. Ainsi il part moins de rayons d'un objet placé à deux, trois, quatre ou neuf pieds de l'œil, que d'un autre objet placé à un pied de distance de cet organe. Ce même objet placé à quatre pieds envoie donc la moitié moins de rayons à-peu-près, que s'il n'était éloigné que de trois pieds.

Quand le principe de la presbytie est dans la petitesse de la pupille, ce qui arrive souvent, l'œil reçoit d'autant moins de rayons d'un objet donné, que le carré du diamètre de la pupille est plus petit, de sorte que si ce diamètre est moindre du double, et que la distance de l'objet soit deux fois plus grande, le nombre des rayons qui entreront dans la pupille sera seize fois moindre. Les presbytes sont donc obligés d'éloigner les objets à une certaine distance, et non au-delà, de peur que la vision ne soit obscure : ils ne peuvent pas aussi les approcher plus qu'il ne faut, parce que les rayons se réuniraient plus loin au-delà de la rétine, et la vision serait encore plus confuse; car les presbytes ne voient que par des rayons parallèles ou convergents, qui sont envoyés à la pupille, et jamais par des rayons divergents. Or, plus l'objet est près de l'œil, plus les rayons deviennent divergents et nombreux, parce que ceux qui partent des objets qui sont placés près de l'organe de la vue y entrent en plus

grand nombre que ceux qui viennent d'un corps éloigné.

Les presbytes ont besoin d'une grande lumière pour voir distinctement les objets; les myopes au contraire n'ont besoin que d'une faible clarté pour pouvoir lire. La raison en est que les premiers sont obligés de compenser par plus de lumière les défauts qui résultent pour eux de la diminution de sensibilité de leur rétine, du rétrécissement de leur pupille, et de l'obligation où ils sont d'éloigner les objets pour les bien distinguer.

Le globe jouit évidemment, à un certain degré, de la faculté de s'accommoder à la distance de l'objet. On peut s'apercevoir de ce changement; ainsi, par exemple, si on examine d'un seul œil un objet éloigné de quelques pas, et qu'un autre très-petit soit approché dans la même ligne, à quelque distance de l'œil, il se fait dans cet organe, pour voir le dernier objet, une révolution dont on s'aperçoit aisément. On en a donné diverses explications, parmi lesquelles la seule qui paraisse satisfaisante, lorsqu'on tient le scalpel, est celle qui assigne pour cause à cet effet de la plus savante dioptrique, l'allongement du globe par l'action des deux muscles obliques, et son raccourcissement par l'effort des quatre muscles droits qui agissent en tirant sa partie antérieure vers le fond de l'orbite. Si le globe doit être allongé pour que la rétine, en s'éloignant de la cornée

et du cristallin, se trouve précisément au point où se fait la réunion des rayons de lumière, les muscles obliques agissent probablement seuls; si l'axe de l'œil doit être raccourci, pour que l'extrémité du pinceau optique parvienne jusqu'à la rétine, les quatre muscles droits, en se contractant, procurent au globe un léger aplatissement qui rapproche de cette membrane la cornée et le cristallin.

La cause de la presbytie est la diminution de ce dernier effet, et sur-tout l'aplatissement du cristallin.

Le raccourcissement de l'axe du globe devient plus difficile chez les vieillards, parce que la sclérotique perd de sa souplesse; mais ce qui prouve que cette cause de la presbytie n'est pas la seule, c'est que l'on rencontre de temps à autre dans la pratique cette incommodité chez des jeunes gens: elle se joint quelquefois à d'autres affections des yeux, et ne laisse pas alors que d'être inquiétante.

On ne peut la corriger que par l'usage des verres convexes; mais on ne saurait trop recommander à ceux qui en éprouvent le besoin, de ne point se hâter de passer d'un numéro faible à un plus fort; il résulte de trop de précipitation à ce sujet, qu'on ne tarde point à ne plus trouver de verres assez convexes. Ce conseil est surtout applicable aux jeunes gens dont le cristallin s'aplatit prématurément, ou même n'a jamais eu une convexité suffisante (obs. 363, 364).

Quelquefois la presbytie se déclare long-temps avant l'âge ordinaire; mais c'est une chose extrêmement rare que de voir cet effet produit chez un myope (obs. 365).

J'ai vu cette incommodité se compliquer avec d'autres symptômes, et se manifester assez promptement pour donner les plus vives inquiétudes (obs. 366).

Le duc d'Aiguillon avait naturellement un œil myope au plus haut degré, et l'autre excessivement presbyte.

Il n'est pas très-rare de rencontrer des vieillards qui, après un long usage de verres convexes, ont recouvré subitement la faculté de lire à l'œil nu.

J'ai vu un bon juge en ces matières faciliter sur lui-même cette révolution, en se tenant pendant dix ans aux mêmes verres convexes, les remplaçant ensuite, à l'âge de quatre-vingts ans, par d'autres plus faibles, contre l'usage ordinaire, et enfin, depuis l'âge de quatre-vingt-six ans jusqu'à celui de près de quatre-vingt-treize, lire chaque jour, plusieurs heures de suite, sans aucun secours artificiel.

CHAPITRE VI.

Du Glaucôme (1).

Nous voici arrivés à la plus grave de toutes les maladies de l'organe de la vue ; je n'en excepte pas même l'hydrophtalmie, lorsqu'elle n'affecte toutefois qu'un des deux yeux.

Ce mot a eu différentes acceptions : il a désigné long-temps l'opacité du cristallin. Lorsque l'on eut reconnu que cette lentille était le siége de la cataracte, le nom de glaucôme étant resté sans signification, chacun s'en empara, et l'employa pour désigner tantôt l'altération du corps vitré, compliquée consécutivement de celle du cristallin, tantôt une affection de la rétine, qui lui aurait donné une teinte particulière.

On connaît aujourd'hui dans la pratique, sous le nom de glaucôme, une maladie incurable, qui est accompagnée essentiellement, et cependant avec beaucoup de diversité, soit d'une partie seulement, soit de la totalité des symptômes suivants :

Le malade aperçoit d'abord un brouillard d'un seul œil : le glaucôme diffère en cela de l'amaurose, qui attaque souvent les deux yeux simultanément. Ce brouillard se dissipe quelquefois, et

---

(1) Synonymie. Γλαύκωμα, de *glaucus*, qui est de couleur verdâtre. Voyez, pour la pupille, la fig. 1, pl. 20.

reparaît alternativement, tantôt dans la même journée, à des heures plus ou moins régulières, tantôt à plusieurs jours ou même plusieurs semaines d'intervalle. Il se manifeste par-fois au réveil sous la forme d'une poussière répandue dans la chambre, et disparaît lorsque le malade a pris quelques aliments : la lumière d'une bougie paraît couverte d'un nuage léger représentant un cercle bordé par les couleurs de l'arc-en-ciel. Il faut bien prendre garde de confondre ce dernier symptôme avec un autre qui lui ressemble, qui n'est accompagné d'aucun danger, et que l'on éprouve lorsque l'on a sur l'œil une petite quantité de sérosité lacrymale, qui a délayé un peu de la matière huileuse des glandes des paupières.

Lorsque le malade aperçoit déja, soit, à son réveil, le brouillard dont j'ai parlé, soit, aux lumières, l'arc-en-ciel que j'ai désigné, il n'y a plus de remède.

On ne doit alors agir que dans l'espoir d'empêcher la maladie de passer à l'autre œil, s'il est encore sain, et il ne faut avoir d'autre but, si la même maladie a occasionné la perte du premier œil, que de s'opposer aux complications prêtes à se joindre à la cécité.

Lorsque le malade aperçoit d'un seul œil et le brouillard et l'arc-en-ciel, il se plaint de pesanteur autour du globe, de céphalalgie sus-orbitaire, et de ne pouvoir sans fatigue se servir de l'œil sain ; les douleurs augmentent et s'étendent à l'os

de la pommette, aux environs de l'orbite, et surtout au sommet et au derrière de la tête : la vue se trouble de plus en plus ; elle s'éteint ; on aperçoit, à travers la pupille dilatée, une teinte, le plus ordinairement couleur d'eau de mer dans les commencements (pl. 20, fig. 1), qui change ensuite à mesure que la désorganisation du corps vitré et du cristallin augmente (pl. 21, fig. 1), et à laquelle se joint ensuite plus ou moins d'irrégularité dans la forme de la pupille (pl. 20, fig. 3).

Des vaisseaux variqueux, d'un rouge légèrement noirâtre, paraissent dans la conjonctive, et sur-tout dans la sclérotique. Ils sont quelquefois accompagnés pendant plusieurs mois d'une simple dilatation de la pupille avant que l'on aperçoive aucune opacité dans les milieux transparents (pl. 20, fig. 2) : le globe devient dur au toucher.

Lorsque l'attaque est brusque, les douleurs sont quelquefois insupportables et reviennent par crises, pendant la durée desquelles le malade est abattu et ne peut point prendre d'aliments. La digestion est accompagnée alors d'un sentiment pénible dans les parties affectées, et, dans certains cas, la même sensation résulte du besoin de prendre des aliments.

Tant que cette affreuse maladie n'a point passé de son état aigu à un état chronique, on doit trembler pour l'œil sain, qui ne doit d'ailleurs

être regardé, à aucune époque, comme à l'abri de la même désorganisation, tant à cause de ses liaisons sympathiques avec l'œil frappé, que par rapport à l'union des deux nerfs optiques sur la selle turcique.

Lorsque le glaucôme est subit, il peut être considéré en quelque sorte comme une apoplexie du globe.

Lorsqu'il se développe avec lenteur, il a d'abord beaucoup de ressemblance avec l'amaurose. Aussi peut-on le définir :

Une amaurose à laquelle se joint une affection dans le système nerveux et dans les systêmes vasculaires sanguin et lymphatique, tant des parties voisines de l'œil que du globe lui-même, et qui est suivie de désorganisation du corps vitré et d'opacité du cristallin.

Je ne rencontre jamais cette maladie chez les jeunes gens.

Au lieu d'entrer ici dans un grand détail au sujet des variétés qu'elle présente, j'aime mieux donner un plus grand nombre d'observations à son sujet dans le tome III. Je crois que par leur lecture et à l'aide des figures citées, on connaîtra aussi-bien sa nature, qu'en l'observant dans la pratique, où heureusement elle n'est pas très-commune.

Relativement aux moyens à employer contre elle, je renvoie à la thérapeutique de l'amaurose, avec laquelle elle a tant d'analogie, en ajoutant

seulement qu'elle est incurable, dès qu'elle est reconnaissable par des signes sensibles, sur-tout lorsqu'un œil en est déja affecté. C'est une chose toujours pénible pour moi d'être obligé d'avertir que tel malade, qui voit à lire aisément, même dans de petits caractères, avec le seul œil qui lui reste, mais en éprouvant déja quelques symptômes à cet œil, ne verra pas même la lumière du soleil six mois après, et éprouvera de plus autour des yeux, sur-tout dans les variations de l'atmosphère, des douleurs qui se prolongeront pendant long-temps, et peut-être jusqu'au terme de sa vie. J'ai toujours éprouvé quelque desir de faire fondre le premier œil attaqué, dans l'espoir de sauver l'autre. Je ne l'ai pas encore fait; j'ai eu connaissance que cette tentative a été exécutée, et qu'elle n'a pas mis le second œil à l'abri, quoique l'opération eût été faite, lorsque celui-ci était encore très-sain. Saint-Yves avait pensé que l'on pourrait faire, dans les cas semblables, l'extirpation du globe pour préserver l'autre.

CHAPITRE VII.

Des Névroses des muscles de l'œil.

On se formera facilement une idée des symptômes qui peuvent accompagner les affections des muscles de l'organe de la vision, en se rappelant la situation naturelle de ces muscles, et la distribution des filets des nerfs qu'ils reçoivent.

J'engage donc le lecteur à jeter un coup-d'œil,

avant de continuer, sur les planches 1, 5, 6 et 13, et à lire leurs explications. A l'aide de ces détails anatomiques si exacts, on pourra dire, en voyant une névrose d'un ou de plusieurs des muscles de l'œil et des paupières, quel est le filet de nerf affecté.

Contractions spasmodiques du muscle orbiculaire.

Cette affection spasmodique d'une partie ou de la totalité des fibres du muscle orbiculaire (*voy.* ce muscle, pl. 1, fig. 1) est si légère dans le plus grand nombre de cas, qu'elle ne mérite pas alors le nom de maladie. Beaucoup de personnes sont sujettes, par intervalles, pendant des années entières, à une convulsion presque imperceptible de quelques faisceaux des fibres de ce muscle, particulièrement de celles qui recouvrent la paupière inférieure. Elles disent que leur œil saute, ou qu'elles ont la souris. En effet, le mouvement que l'on aperçoit sous la peau a quelque ressemblance avec celui qu'exciterait en s'agitant une souris cachée sous un drap de lit.

Dans des cas heureusement assez rares, les mouvements convulsifs du muscle sont si excessifs, sur-tout par l'impression de la lumière, que les malades peuvent à peine relever un peu la paupière supérieure, à l'aide de leurs doigts.

Je donne actuellement des soins à un homme de soixante ans, bien constitué, chez lequel cet accès suit depuis deux ans un cours irrégulier. Il

se reproduit une ou deux fois par semaine, et dure tantôt quelques heures, tantôt un jour entier et au-delà. Lorsque le paroxisme a lieu subitement dans la rue, il est obligé de s'arrêter, et de prier qu'on veuille bien aller lui chercher une voiture. Tous les efforts qu'il peut faire alors avec ses mains ne sauraient lui faire assez entr'ouvrir l'un ou l'autre de ses yeux pour pouvoir se conduire seul. Rentré chez lui, il se met au lit, et y reste dans l'obscurité, en se tenant, pour boisson, à une infusion de fleurs de tilleul, et, pour nourriture, à des bouillons de veau et de poule et à quelques soupes, pendant la durée du paroxisme. Les accès s'éloignent depuis quelques mois, et durent en général un peu moins long-temps. Si on veut prendre une idée des mouvements que l'on aperçoit à la joue de ce malade dans le plus fort de l'attaque et lorsqu'il est exposé au grand jour, il suffira de se rappeler la disposition et les attaches des fibres du muscle orbiculaire, tant au-devant de l'orbite que vers quelques parties qui en sont éloignées, et d'examiner avec attention la figure 1, planche 1.

Il est rare de rencontrer cette affection hypersthénique portée à un aussi haut degré d'intensité; mais il est encore moins commun de la voir s'étendre aux muscles du globe (obs. 387): ordinairement elle est bornée à l'orbiculaire.

Les deux muscles orbiculaires éprouvent presque toujours simultanément et à un degré à-peu-

près égal cette affection convulsive; cependant elle se manifeste quelquefois d'un seul côté. Il est rare, lorsqu'elle a lieu, d'entendre le malade se plaindre d'affaiblissement dans la vue (obs. 288).

Ces convulsions sont quelquefois excitées par l'exaltation pathologique de la sensibilité de la rétine (*voyez* ci-dessus, page 383), en sorte que cette membrane étant irritée par la lumière du soleil, les paupières se ferment subitement; ce qui constitue une sorte d'aveuglement de jour.

M. le C***, âgé de soixante ans, d'un tempérament bilieux, éprouve ces accidents depuis plusieurs années : ses rétines sont si sensibles que, dans les moments les plus favorables, l'impression d'une lumière ordinaire diminue de plus de moitié le diamètre naturel de ses pupilles, et excite une convulsion légère, mais visible, dans tous les muscles de la face. Il a fait vainement beaucoup de remèdes; je lui en ai conseillé moi-même quelques-uns qui n'ont apporté aucune amélioration à son état. Il est toujours obligé de porter des lunettes vertes au grand jour et pour lire ou écrire : s'il les ôte, même pour quelques instants, ses paupières se ferment presque toujours subitement, à moins que la lumière naturelle ou artificielle ne soit alors très-faible.

Si nous n'avons point eu jusqu'à-présent de bonnes observations sur cette maladie convulsive, il faut l'attribuer moins à sa rareté qu'à l'irré-

gularité de ses paroxismes et de sa durée, d'où il résulte que peu de praticiens ont pu suivre long-temps le même malade rebuté par l'inutilité des remèdes. Il est encore plus rare de connaître chez lui l'issue d'une maladie qui souvent se prolonge d'une manière indéfinie.

J'ai voulu fixer les incertitudes à ce sujet, et je peux assurer que depuis dix ans je n'ai jamais été consulté pour cette maladie sans prendre tous les moyens imaginables de recevoir des nouvelles des malades pendant aussi long temps que je le croyais utile. J'ai reconnu par l'extrême attention que j'ai apportée à l'observation de ces mouvements convulsifs, que les remèdes n'ont aucune influence sur leur durée ou leur intensité. J'en ai vu cesser chez des gens qui n'avaient employé contre eux aucuns moyens; j'en ai vu qui subsistent encore au moment où j'écris, et qui cependant ont été combattus par tous les remèdes indiqués. Je me suis borné depuis à conseiller l'usage de lunettes vertes, et beaucoup d'exercice.

Lorsque les deux muscles obliques sont seuls affectés, ils communiquent au globe un mouvement semblable à celui du ressort d'une montre (tome II, page 498). Je connais deux frères, âgés de trente à trente-cinq ans, qui ont de naissance cette agitation convulsive, et on remarque, surtout chez l'aîné, que les muscles droits contribuent à l'établir. C'est à cette espèce de névrose

des muscles du globe que les Grecs ont donné le nom d'*hippos*. Je n'y connais point de remède. Elle est ordinairement congéniale.

Du relâchement de la Paupière supérieure (1).

La paupière supérieure peut rester abaissée, ou se relever imparfaitement, par différentes causes, notamment par une affection de la portion du tissu cutané qui la recouvre (tome III, page 301). Je ne veux parler ici que de sa chûte due à la paralysie de son muscle releveur (pl. 17, fig. 3); je ferai seulement remarquer qu'elle reste au contraire quelquefois relevée par la paralysie de la partie supérieure de l'orbiculaire : lorsque la totalité de ce muscle est frappée, la paupière inférieure immobile s'écarte aussi de l'œil (pl. 17, fig. 3).

Presque toujours trois des muscles droits sont frappés en même temps que celui de la paupière, parce qu'ils reçoivent des filets de la même branche de la troisième paire, et le muscle droit externe, qui conserve seul l'intégrité de ses fonctions, tire alors le globe du côté de la tempe, d'où résulte le strabisme et la duplicité des objets (obs. 397). Cependant on trouvera, tome III, page 282, que M. Des Essarts a vu le muscle droit externe frappé en même temps que le releveur de

(1) Synonymie. Ἀτονία τῶν βλεφάρων.

la paupière; l'observation 393 en offre un second exemple. Le releveur de la paupière est quelquefois affecté seul (obs. 398). On conçoit alors difficilement comment le très-petit filet qui se distribue à ce muscle est frappé isolément.

J'ai un grand nombre d'observations qui prouvent que le nerf optique peut être affecté en même temps que le nerf moteur de l'œil; on peut alors reconnaître que la cause a son siége dans le cerveau. Aussi ai-je vu cette complication annoncer et précéder l'apoplexie.

Dans ces cas, l'amaurose a lieu quelquefois simultanément à un œil avec la chûte de la paupière supérieure; en d'autres termes, le nerf de la seconde paire et le nerf de la troisième paire sont frappés au même instant (obs. 399). D'autres fois la paupière n'est tombée que peu-à-peu à la suite de la paralysie du nerf optique.

Les fractures du crâne avec enfoncement de la table osseuse et pression sur le cerveau, ainsi que les épanchements de sang dans l'intérieur de la masse encéphalique, ont occasionné cette maladie. *Voyez*, relativement à ses autres causes, celles de l'amaurose, ci-dessus page 367. Quelquefois une chûte lui a donné naissance (tom. III, pag. 280).

L'impression du froid, en suspendant l'action du tissu cutané, a aussi produit la chûte de la paupière supérieure (obs. 395).

Assez souvent il y a des variations pendant la durée de la maladie, non-seulement d'une se-

maine ou d'un jour à l'autre, mais encore dans la même journée (tome III, page 308).

Quant à la thérapeutique de cette névrose, *voy.* celle de l'amaurose, ci-dessus, page 420.

Du Strabisme (1).

Le strabisme est le défaut de concordance des axes optiques. L'une des extrémités de l'axe de chaque œil se prolonge d'une manière indéfinie; l'autre aboutit au trou central de la rétine, qui paraît être le point du fond de l'œil le plus sensible à l'impression des rayons lumineux et le plus propre à transmettre au cerveau la sensation de la partie de l'image représentée sur lui et sur sa bordure jaune. Ce trou est dans un accord parfait de relation avec celui de l'autre œil, en sorte que, si on dérange un des globes en le pressant de côté, l'objet que l'on examine paraît double; mais cette double image, qui ne tombe plus sur le trou central, est beaucoup moins nette, et elle s'affaiblit d'autant plus, que la pression latérale exercée sur le globe l'éloigne davantage sur la rétine de ce point essentiel de la sensibilité.

On voit donc les objets doubles, lorsqu'un des muscles de l'œil étant frappé de paralysie, le globe ne peut point être ramené de ce côté, et cède à l'action de l'antagoniste du muscle affecté.

---

(1) Synonymie. Στραβισμὸς. *Strabositas*, Guillemeau.

Cependant la double sensation ou la *diplopie* n'a lieu que lorsqu'on regarde du côté de ce muscle. La vue est dans son état naturel, quand on dirige les deux yeux du côté opposé, ou quand on ramène par une légère pression, dans la direction commune des deux axes optiques, l'œil qui s'en écarte (*voyez* tome III, page 288). La *diplopie* disparaît peu-à-peu lorsque le strabisme se prolonge, et elle n'a pas lieu lorsqu'il est congénial.

Le strabisme est souvent congénial; plus fréquemment encore il s'établit dans les premières années de la vie. Lorsqu'il survient à un enfant âgé de moins de deux ans, on le regarde comme un effet de la situation habituelle de son berceau; on croit qu'alors l'enfant s'efforce de tourner ses yeux vers le point duquel lui vient la lumière, et peut ainsi affaiblir, par une action forcée et continuelle, un des muscles de l'œil qui se trouve le plus éloigné de ce point.

On a imaginé différentes explications du strabisme. Je n'en connais dans la pratique que deux espèces : celui qui est dû à la diminution de l'action d'un des muscles du globe, et celui qui est dû à l'inégalité de force dans les deux yeux : cette dernière cause a été reconnue par M. de Buffon, comme la plus ordinaire du strabisme (1). Ce grand homme a surpris encore cette fois la nature sur le fait, et a reconnu, à l'aide d'un certain

(1) Mém. de l'Acad. royale des Sciences, 1743.

nombre d'expériences, que, par un mouvement machinal, on écarte naturellement l'œil faible, parce que l'image qu'il transmettrait au cerveau serait moins nette que celle qui est transmise à cet organe par l'autre œil, et que, de cette réunion, naîtrait une certaine confusion qui n'a pas lieu, lorsqu'on se sert seulement d'un œil bien constitué.

Si le lecteur veut s'assurer par lui-même que M. de Buffon a trouvé la cause la plus ordinaire du strabisme, il lui suffira d'interroger quelques strabons; leur réponse sera que l'œil dont ils voient le moins bien est celui dont ils louchent: il faut en excepter ceux chez lesquels cette incommodité est due à un relâchement d'un des muscles du globe. Presque toujours, en fermant l'œil opposé, la vue est aussi bonne qu'avant l'accident. Cependant elle est quelquefois affaiblie (tome III, page 290) ou légèrement altérée (*ibid.* page 292, 294). J'ai trouvé l'amaurose réunie avec la paralysie plus ou moins marquée des muscles de l'œil. Cette complication m'a toujours paru être le signe de congestions graves dans la masse encéphalique.

Presque toujours c'est le muscle droit interne ou l'externe qui est frappé. Il est très-rare que ce soit le releveur du globe ou l'abaisseur (tome III, page 288).

On voit, mais rarement, la paralysie des muscles de l'œil s'étendre à d'autres parties du corps (t. III,

pag. 282), quoique beaucoup de malades se plaignent de se diriger involontairement du côté de l'œil affecté, lorsqu'ils marchent en tenant les deux yeux ouverts (tom. III, pag. 290, 293).

Il est rare de rencontrer un strabisme hypersthénique : on ne l'observe ordinairement que pendant la durée des convulsions. Le type régulier de celui de mademoiselle B*** (obs. 394) semble avoir quelque analogie avec l'amaurose intermittente dont j'ai parlé plus haut, page 424.

J'ai vu un embarras gastrique donner naissance au strabisme.

Mon savant collégue, M. Portal, raconte, dans son *Anatomie médicale*, qu'il éprouva un léger accident de cette nature. Je me rappelle que nous attribuâmes cet effet à la fatigue occasionnée par un long travail de cabinet, et que l'usage seul du petit-lait nous suffit pour en obtenir la cessation entière dans l'espace de quelques semaines.

Je vois souvent le relâchement d'un des muscles du globe à la suite des chûtes graves; tantôt cette névrose a lieu immédiatement après la chûte, et probablement par épanchement dans l'intérieur du crâne (obs. 389); tantôt elle ne se manifeste qu'assez long-temps après (tome III, page 281).

La masturbation (tome III, page 289) et les excès avec les femmes (*ibid.* page 291), sont au nombre des causes qui peuvent donner naissance à la paralysie de ces muscles : elles sont d'ailleurs les mêmes que celles assignées à l'amaurose (*voyez* ci-dessus, page 367).

On voit le plus ordinairement, dans la pratique, cette névrose portée à un degré modéré. J'ai constamment remarqué qu'alors c'est un accident de peu d'importance, et qui se dissipe, sans le secours d'aucuns remèdes, dans l'espace de deux ou trois mois.

Lorsqu'elle est accompagnée de quelques-uns des symptômes décrits dans les observations que je viens de désigner, elle demande la plus sérieuse attention, et sa thérapeutique doit être alors celle de l'amaurose (*voyez* ci-dessus, page 420). Lorsqu'elle n'est due qu'à l'asthénie de la rétine de l'un des yeux, il faut exercer par gradation l'œil faible. (*Voyez* ci-dessus, page 402).

SECTION VIII.

CHAPITRE PREMIER.

De l'Exophtalmie.

Le globe peut faire saillie hors de l'orbite, parce que son volume est augmenté (*voyez* ci-dessus, page 310, et tome III, page 313), ou parce qu'il est poussé hors de cette cavité sans avoir subi un changement remarquable dans sa forme et sa grosseur ordinaires (1), et alors les

(1) Synonymie. Ἐξοφθαλμία. Proptosis, Celse, lib. VI, cap. VI. Procidentia. Exophtalmia.

paupières ne peuvent plus s'étendre au-devant de lui, ou ne le recouvrent que d'une manière imparfaite (planches 55 et 56, figure 1). Je vais signaler ici les causes ordinaires de l'expulsion de l'œil, non dans un ordre anatomique ou dans le rang de leur gravité, mais selon leur plus ou moins de fréquence, en commençant par celles que l'on rencontre le plus ordinairement, et cela d'après un relevé de mes Journaux.

La cause la plus commune de l'exophtalmie est une tuméfaction du tissu adipeux situé au fond de l'orbite. Dans le plus grand nombre de cas, elle ne présente aucun caractère inquiétant, et la vue n'est point altérée : le volume et la consistance de cette portion du tissu adipeux augmentent seulement alors, comme on les voit diminuer dans quelques cas plus rares; j'ai donné au mois de novembre 1817 des soins à un jeune officier de cavalerie, bien constitué, qui suivait alors un traitement dirigé par MM. Cullerier, oncle et neveu, et dont l'œil droit était rentré d'une ligne environ, sans que la vue eût éprouvé la plus légère altération : l'œil d'ailleurs était semblable à l'autre : je n'ai pas pu reconnaître si la diminution de consistance du tissu adipeux situé au fond de l'orbite était ou n'était pas un symptôme d'un principe syphilitique qui se manifestait par quelques autres signes moins équivoques.

Quelquefois la maladie prend un caractère plus fâcheux : la tuméfaction, en comprimant le gan-

glion ophtalmique, ou même le nerf optique, occasionne la mydriase ou l'amaurose, et des accidents à la conjonctive et aux paupières, qui proviennent évidemment d'une compression sur la veine ophtalmique (obs. 406).

Dans quelques cas simples de gonflement du tissu graisseux du fond de l'orbite, j'ai réussi à replacer l'œil par une compression modérée (observation 407); mais souvent j'ai été obligé de renoncer à ce procédé. Je ne peux le conseiller que comme essai, dans les cas que l'on jugera exempts de danger, et à condition de l'abandonner, après une semaine ou deux, si on le trouve inutile, à plus forte raison, s'il paraît nuisible.

Je donne actuellement des soins (janvier 1818) à mademoiselle D***, âgée de onze ans, domiciliée aux Mureaux, près Meulan. Son œil gauche proémine d'une ligne et demie depuis trois ans. Elle a une prédisposition depuis sa naissance à un engorgement de la thyroïde. Sa mère, qui a apporté en naissant la même prédisposition, a un goître depuis sa première couche. Il a augmenté après les deux suivantes, et a acquis le volume d'une très-grosse pomme depuis la naissance de la jeune malade.

Lorsque l'œil fait saillie à la suite d'une blessure grave, le sang infiltré dans le tissu cellulaire de l'orbite est évidemment la cause de ce déplacement; on obtient le plus souvent la résolution des fluides épanchés, en employant quelques moyens généraux; mais on doit alors être réservé sur le pro-

nostic, parce qu'il survient, quelquefois, des accidents consécutifs (obs. 404).

Lorsqu'une tumeur pousse le globe hors de l'orbite, ou, ce qui est moins rare, le déplace, en le portant vers une des parois de cette cavité, il est bien difficile, dans les commencements, de décider s'il s'agit d'une exostose, d'une tumeur enkystée, ou d'une excroissance fongueuse. Ce n'est que par l'évènement que l'on connaît, dans certains cas, la nature de cette cause; cependant on peut présumer qu'il s'agit d'exostose, lorsqu'il existe un principe syphilitique; que la tumeur est de nature scrophuleuse, lorsque le système lymphatique du malade présente les caractères de cette fâcheuse diathèse; et qu'un stéatôme peut produire cet effet, si le malade a eu des loupes sur quelques parties du corps (tome III, page 316).

J'ai traité un enfant de dix ans, qui, depuis un mois, avait l'œil gauche saillant de six lignes environ : il s'était formé, un peu auparavant, plusieurs furoncles scrophuleux, dont l'un était situé à la partie inférieure et postérieure du col, et un autre sur l'épaule gauche. Sans négliger l'emploi des moyens généraux, je fis panser, avec une pommade au garou, ces deux furoncles et deux autres, dont un à la cuisse droite, et l'autre à la jambe gauche. L'œil commença à rentrer dans l'orbite dès les jours suivants, et ne tarda pas à reprendre sa place.

Dans un cas semblable, Bonet (1) guérit une petite fille de trois ans, qui avait le ventre tendu et dur, en lui ordonnant l'usage d'une teinture de rhubarbe; les obstructions se dissipèrent, et l'œil droit, chassé auparavant de l'orbite, reprit sa place.

J'ai détruit, par le procédé que j'ai décrit ci-dessus, page 125, plusieurs tumeurs enkystées, qui avaient leur siége dans l'orbite, en portant seulement plus avant, l'acide nitreux, et en augmentant sa dose; ce procédé m'a sur-tout réussi, lorsque la tumeur était au-dessous du globe et qu'il ne s'agissait que de percer, par l'action du caustique, le tissu de la paupière inférieure pour attaquer le kyste; j'ai quelquefois préféré l'opération. Au lieu de citer un des exemples qui me sont propres, je me plais à emprunter l'observation suivante à M. Richerand (2).

« Un cordonnier, âgé de quarante-cinq ans, avait l'œil gauche saillant et presque entièrement hors de son orbite; l'exophtalmie était survenue peu-à-peu avec douleur, mais sans inflammation. L'œil était chassé en-dehors par une tumeur dure qui paraissait située entre le globe et la paroi interne de l'orbite. Plusieurs praticiens distingués de la capitale avaient été d'avis que la tumeur était de nature carcinomateuse; l'œil, poussé en-de-

(1) Medic. septentrional. lib. I, obs. LXIV.

(2) Nosographie chirurgicale, tom. II, p. 126, 4e éd.

hors, n'avait pas augmenté de volume, quoiqu'il eût perdu la faculté visuelle, sans doute par la compression et le tiraillement du nerf optique. Je proposai au malade de lui extirper ce prétendu carcinome, quoique la rénitence de la tumeur m'inspirât de légers doutes sur sa véritable nature. Fort de l'opinion de plusieurs chirurgiens habiles, j'en entrepris cependant l'extirpation en présence d'un grand nombre d'élèves; après avoir agrandi l'ouverture des paupières par une incision de leur commissure externe, et coupé la conjonctive qui se réfléchit sur l'œil de la face postérieure de l'une et de l'autre paupières, je voulus, avant de continuer l'opération, m'assurer de la véritable nature de la tumeur, en y plongeant la pointe de mon bistouri. Cette ponction fut suivie de l'issue de deux ou trois onces d'une liqueur semblable à du blanc-d'œuf. Certain alors que l'exophtalmie dépendait d'une tumeur enkistée, et l'œil étant en partie rentré par l'affaissement qui suivit l'évacuation du liquide, je renonçai à l'extirpation, et me contentai de couvrir l'œil avec des compresses trempées dans de l'eau de guimauve. L'inflammation fut assez considérable; une saignée du pied en calma la violence; le kiste suppura, et le malade guérit après l'excision de quelques bourrelets formés par la conjonctive boursoufflée. »

Une exostose de l'os planum et de l'apophyse angulaire interne du coronal ayant acquis le vo-

lume d'un œuf, le globe de l'œil, comprimé latéralement, avait été jeté hors de l'orbite, et il pendait, en quelque sorte, sur la joue du côté du petit angle. M. Brassant employa un caustique pour combattre cette exostose qui suppura, et, après trois ou quatre mois de traitement et l'exfoliation d'une portion considérable des os tuméfiés, l'œil se trouva à sa place, et la guérison fut complète (1).

On trouve dans la traduction des *Transactions philosophiques*, faite par mon père, année 1744, une observation de M. Hope, qui mérite d'être lue. L'auteur ayant extirpé une tumeur située entre la paroi interne de cette cavité et le globe, détruisit quelques excroissances molles et fongueuses, par des attouchements avec le nitrate d'argent fondu. Après la guérison de la plaie, le globe restait immobile et déjeté vers la tempe; M. Hope le fit rentrer au moyen d'un bandage que l'on serra graduellement et qui rendit au globe sa situation naturelle et la liberté de ses mouvements.

En lisant les observations 409, 411, et 414, on prendra une idée des symptômes qui accompagnent l'exophtalmie occasionnée par une tumeur dont le siége est dans les fosses nasales ou dans le sinus maxillaire.

---

(1) Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie, tome V, p. 171, éd. in-4°.

J'ai vu quelquefois les globes faire saillie chez des enfants nouveau-nés, par l'effet de la pression que la tête avait éprouvée au passage (observat. 400).

J'ai trouvé rarement l'exophtalmie chez les petits enfants (observ. 401).

On reconnaît quelquefois, en rassemblant les indices, que la proéminence du globe est due à des fongosités qui ont leur siége sur la dure-mère. Il m'a paru que telle était la cause de la maladie chez les sujets des observations 402, 403 et 408 (*voy.* aussi l'observation *l.* ci-dessus, page 70).

Quand la sortie du globe est occasionnée par une tumeur fongueuse dont le siége est dans le fond de l'orbite, il est impossible de porter un pronostic consolant. Il est rare que l'on puisse déterminer la nature de l'excroissance et le point auquel ses progrès s'arrêteront (obs. 410, 412; *voyez* ci-dessus, obs. *q.*, page 71).

L'abcès qui se forme dans le tissu adipeux de l'orbite est le plus souvent exempt d'un grand danger. Il déplace l'œil, et perce ensuite le tissu cutané d'une des deux paupières, pour se frayer une issue au-dehors (*voyez* pl. 56, fig. 1; et ci-dessus, page 93). Dans quelques cas rares, il est accompagné des accidents les plus graves (obs. 16).

Lorsque les tumeurs qui font effort contre le globe deviennent squirreuses, il existe le plus grand danger. J'ai vu plusieurs exemples du

squirre de la glande lacrymale : Boerrhaave en a vu un d'une grosseur prodigieuse, chez une femme de Delft.

J'ai recueilli plusieurs observations de tumeurs qui avaient leur origine dans l'intérieur du globe, à-peu-près comme celle que l'on voit planche 34, figure 1. Une de ces excroissances resta stationnaire pendant quelques mois, il y a environ cinq ans; puis elle prit tout-à-coup un accroissement qui, en moins de trois mois, lui fit acquérir un volume tel, que le globe désorganisé ne jouissait plus d'aucun mouvement entre les paupières : la tumeur s'était étendue au tissu cellulaire de l'orbite, dont le gonflement faisait saillir l'œil de plus de huit lignes. Le malade refusait de se soumettre à l'opération : il s'y était enfin déterminé récemment, lorsqu'une maladie aiguë l'enleva. L'examen de cette tumeur me présenta les phénomènes qui sont aujourd'hui reconnus pour constituer le fongus hématode.

Depuis les savantes recherches que M. Breschet a faites récemment sur cette variété du carcinome, je me suis aperçu, d'après le relevé de mes Journaux, qu'un grand nombre de tumeurs sanguines spongieuses que j'ai rencontrées, étaient des fongus hématodes et non des cancers.

La tumeur que l'on voit planche 42, figure 1, représente une tumeur cancéreuse. J'en ai vu une, il y a six ans, qui lui ressemblait beaucoup; elle était située sur l'œil droit, vers le grand angle,

partie sur la cornée et partie sur la sclérotique. Mademoiselle A***, sujet de cette observation, était venue à Paris pour me consulter; elle avait trente-huit ans, et était douée d'un tempérament sanguin et robuste. J'ai appris que, peu après son retour, la tumeur ayant augmenté, on fit l'extirpation du globe. L'orbite s'est remplie d'excroissances cancéreuses; la joue a été attaquée par cette horrible maladie, et la malade est morte quatre mois après l'opération (*voyez* aussi l'obs. 413).

J'ai vu plusieurs fois le cancer de l'œil commencer par une tumeur du genre de celle que l'on voit planche 42, figure 1; mais qui, dans son origine, avait eu, pendant plusieurs mois, la couleur, la forme et la consistance d'une petite sangsue.

Les Anglais se sont beaucoup occupés, depuis quelque temps, de rechercher les différences qui distinguent le cancer d'avec le fongus hématode. M. Breschet a traduit, avec cette exactitude qui le distingue, quelques passages des écrivains qui ont poussé le plus loin ces recherches, et dont les ouvrages sont peu connus ou peu répandus en France (1).

Il résulte des recherches faites par M. Wardrop, qu'il a trouvé le fongus hématode aussi rebelle que le cancer à l'emploi des remèdes in-

(1) Diction. des Sciences médic. tome XX, page 126.

ternes et externes : soit qu'il ait pratiqué lui-même l'extirpation du globe affecté de cette maladie, soit qu'elle ait été exécutée par d'autres, à sa connaissance, il ne l'a jamais vue suivie de succès; elle a toujours eu, au contraire, des suites funestes, excepté dans un seul cas dont la nature laissa du doute.

Je n'ai pas été plus heureux que M. Wardrop; je pense avec lui que, dans certains cas de succès, on a cru avoir guéri un cancer, tandis que le même procédé a échoué, lorsqu'on l'a employé contre cette redoutable maladie.

J'invite le lecteur à consulter l'article de M. Breschet, s'il veut connaître la nature du fongus hématode, sur laquelle ce médecin a répandu une lumière dont l'effet sera probablement de conduire à de nouvelles connaissances relatives à cette variété du carcinome.

Je ne saurais donc donner ici aucun précepte pour distinguer les cas où il faut enlever le globe de l'œil : on doit, selon moi, s'en rapporter au chirurgien consulté, qui se décidera d'après l'état de la maladie et les occasions qu'il aura rencontrées de juger du bon ou du mauvais effet de cette opération dans les cas analogues à celui dont on lui soumettra l'examen. J'évite même d'employer l'ophtalmotome (*voyez* ci-dessus, page 326) lorsque les parties externes, étant d'ailleurs saines, le globe présente la moindre annonce de dégénérescence suspecte. J'ai noté

un grand nombre de résultats d'extirpations du globe, tirés tant de ma pratique que de celle de praticiens célèbres : je m'abstiens de les faire connaître dans la crainte de décourager.

Pour ôter un peu de sa valeur à ce dernier mot, je ferai mention ici d'une observation que M. Dumont, de la ville d'Eu, a bien voulu me communiquer par une lettre en date du 28 octobre 1817.

Une femme de quarante-cinq ans, d'une faible constitution, avait l'œil gauche saillant entre les paupières; le globe dégénéré présentait les apparences d'un cancer.

M. Dumont, après avoir préparé, par un régime analeptique, la malade, affaiblie par les douleurs et une multitude de remèdes, passa, le 20 novembre 1816, un fil dans la cornée, à l'aide d'une aiguille, pour saisir le globe, et il le disséqua dans son orbite par le procédé de M. Louis, opération qui fut plus facilement et plus promptement terminée qu'il ne s'y attendait. Il remplit ensuite de charpie sèche la cavité orbitaire, et recouvrit les paupières d'un plumasseau, d'une compresse et d'une bande. Malgré la faiblesse de la malade, elle fut saignée du pied, et tenue à la diète : elle fit usage de boissons acidules, d'eau d'orge, de potions calmantes avec le sirop de Diacode, et d'infusion aqueuse de quinquina. Le troisième jour, M. Dumont fut fort inquiet, en trouvant la paupière supérieure

livide et couverte de phlyctènes, qu'il scarifia sur-le-champ; il la recouvrit ensuite d'une compresse trempée dans un mélange de vin chaud et d'eau-de-vie camphrée. Le quatrième jour, la paupière était toujours de couleur plombée; il retira la charpie de l'orbite pour la remplacer par de nouvelle. Il en fit autant le cinquième jour, et la charpie sortit couverte d'une mucosité glaireuse et rousse. La paupière supérieure avait pris une teinte légèrement citrine, qui prouvait qu'il ne s'agissait que d'une simple ecchymose. Du dixième au onzième jour, la suppuration commença à présenter une apparence satisfaisante et à perdre de sa fétidité. La terminaison fut complète en quarante jours, et depuis, M. Dumont a vu deux fois cette femme jouissant d'une bonne santé.

Aussitôt après l'opération, M. Grognet, chirurgien, et M. Dumont, lavèrent le globe extirpé, et remarquèrent que le corps vitré était converti en une humeur concrète semblable à la matière d'une figue sèche, et d'une fétidité insupportable. L'intérieur des membranes présentait la même couleur : en général, tout était confondu.

Je recommande instamment au lecteur de méditer le Mémoire de M. Louis sur l'extirpation de l'œil (1). Le procédé que ce célèbre chirurgien

---

(1) Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie, tome V, édit. in-4°.

décrit pour l'exécution de cette opération, est précis et fondé sur la structure des parties. Après avoir lu cette savante monographie et l'article de M. Breschet, on connaîtra tout ce que la science possède jusqu'à ce jour de plus important sur la saillie et la dégénérescence du globe.

Lorsque la tension était portée au dernier degré, et que la tumeur n'avait aucun caractère suspect, il m'est arrivé quelquefois de vider le globe, et de voir, pendant la suppuration, tous les accidents tomber, et la tumeur diminuer au point que le besoin de l'extirpation ne se faisait plus sentir. Le plus souvent, je me contente de traiter l'exophtalmie par les moyens généraux indiqués par la cause qui l'a produite, et heureusement le déplacement du globe n'est pas, dans le plus grand nombre de cas, un accident grave.

CHAPITRE II.

De la Cataracte (1).

La cataracte est l'opacité du cristallin. Les anciens regardaient ce corps comme l'organe de la vision, et la cataracte comme une membrane qui se formait entre lui et l'iris, par le dessèchement d'une eau épaisse; de-là le nom de

---

(1) Synonymie. Hipochyma. Suffusio.

καταρακτα (1), chûte d'eau. Ils croyaient que l'aiguille dont ils faisaient usage abaissait une pellicule opaque. La thérapeutique chirurgicale de cette maladie est parvenue graduellement au point où nous la voyons par les méditations de quelques hommes de génie, et par les applications heureuses qui en ont été faites à la pratique.

Galien, qui était dans l'erreur commune relativement à l'organe de la vision, savait que le cristallin devenait opaque (2). Plempius (3) a dit que ce corps ne remplissait point dans l'œil une fonction plus importante que l'humeur aqueuse, et que, si on l'enlevait pour faire prendre sa place par l'humeur vitrée, la vision continuerait à avoir lieu, mais seulement d'une manière moins distincte, parce que l'image des objets serait confuse sur la rétine, à moins que la situation de cette membrane ne fût changée. Il cite à ce sujet Scheiner (4). Vers le milieu de l'avant-dernier siècle, on commença à conclure de cette remarque de Plempius que le cristallin était probablement le siége de la cataracte. Borelli, Rolfinkius; Quarré, médecin; l'Asnier, chirurgien; Gassendi et Ro-

(1) Galen. de oculis, cap. 12, part. IV.

(2) Ibid.

(3) Ophtalmographia, lib. III, cap. XIV, 16, 5, 9.

(4) Fundam. optic. lib. III, part. I, docum. 3, cap. 16 et lib. 2, pag. 2, cap. 5.

hault, physiciens, voulurent propager cette vérité. Elle trouva des oppositions comme toutes les autres; Maître-Jan et Brisseau, guidés par l'anatomie pathologique, dissipèrent l'erreur. L'antériorité réclamée par Brisseau paraît appartenir à Maître-Jan. Il suffit, pour s'en convaincre, de consulter les dates de leurs ouvrages et celles des observations qui les ont conduits aux résultats par lesquels ils ont honoré l'art de guérir. Le traité de Maître-Jan parut en 1707, celui de Brisseau en 1709. Maître-Jan rapporte qu'en 1682, en abattant une cataracte, il vit, à son grand étonnement, un corps gros, blanc, et rond, qui roulait sous son aiguille. Il se rappela la remarque de Plempius, et il reconnut qu'il abaissait le cristallin. Il fut confirmé dans cette opinion, en 1685, par un accident qui fit passer instantanément, à travers la pupille, la moitié environ d'une cataracte qu'il abattait. Enfin une femme à laquelle il avait déprimé deux cataractes, en 1691, ayant succombé à une péripneumonie cinq semaines après l'opération, il fit l'ouverture de ses yeux, et trouva les cristallins logés derrière la partie inférieure de l'iris.

Ainsi les uns ont soupçonné, et d'autres ont démontré que le siége de la maladie était le cristallin; mais, relativement à la méthode d'opérer en enlevant ce corps, on trouvera que l'honneur en appartient tout entier à Daviel. En 1707 et 1708, Saint-Yves et Petit ont, à la vérité, retiré de la

chambre antérieure, en incisant la cornée, le cristallin opaque qui était passé à travers la pupille (pl. 21, fig. 2); mais Daviel a d'autant plus de mérite, qu'il a trouvé une méthode d'opérer sur la voie de laquelle on avait été mis d'une façon aussi positive quarante ans auparavant. Brisseau (1) dit : « La nouvelle manière que propose M. Mery pour mieux réussir dans cette opération, en ouvrant la cornée et tirant la cataracte par l'ouverture, est une idée. » Il est bon d'ailleurs de remarquer que Mery, n'étant pas encore convaincu que le cristallin fût le siége de la cataracte, il n'avait entendu proposer autre chose que l'extraction d'une membrane opaque. Des auteurs plus anciens (2) paraissent aussi avoir songé à faire une ouverture à la cornée pour extraire la cataracte, dont ils ne connaissaient pas la nature (3).

J'engage le lecteur à se rappeler la structure du cristallin : l'examen de ce corps, plongé préalablement pendant quelques jours dans de l'esprit-de-vin, dans de l'eau salée, ou desséché à l'air, est très-propre à jeter du jour sur la nature de la cataracte.

Si on veut réfléchir attentivement à la structure du cristallin, à son isolement dans sa capsule, à la petite quantité de lymphe ou humeur

(1) Traité de la cataracte et du glaucôme, page 246.

(2) Albucasis, cap. XXIII.

(3) Léveillé, nouv. doctrine chirurg., tome III, page 328.

de Morgagni qui l'environne; à la différence de sa forme, de sa consistance, et de sa transparence, selon l'âge du sujet (pl. 10, fig. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13), enfin à la nature de son enveloppe, on trouvera aisément l'explication des phénomènes que présente cette maladie, pendant et après sa formation, et on concevra pourquoi elle prend des apparences si différentes, selon le degré auquel elle est parvenue, selon la nature de la cause à laquelle elle est due, et selon l'âge du sujet; différences qui lui ont fait donner une si grande quantité de noms, presque tous inutiles dans la pratique. La cause immédiate de la cataracte est une lésion de cette petite portion du système lymphatique qui fournit au cristallin sa nourriture en entretenant sa transparence. C'est la nécrose de cette lentille, comme l'a dit M. Delpech.

Il n'est pas commun de la voir se former spontanément avant l'époque de la vieillesse; cependant on en rencontre des exemples (obs. 415, 416). M. Delpech a fait une remarque très-judicieuse, en disant qu'il serait intéressant de vérifier si les sujets peu âgés qui en sont affectés, sans avoir été exposés à aucune des causes accidentelles connues, ne sont pas dans un état de vieillesse prématurée, soit par rapport à toute la constitution, soit par rapport aux yeux seulement, et en tenant compte des infirmités de la constitution primitive de ces organes (1). J'ai

---

(1) Diction. des Sciences méd. tome IV, page 299.

parcouru mes Journaux, et j'ai trouvé que, dans le plus grand nombre de cas, les enfants cataractés jouissaient d'ailleurs d'une bonne santé et avaient les yeux naturellement bien constitués. Il est à peine nécessaire de remarquer que les blessures qui entament la capsule du cristallin, les violences extérieures qui détruisent la circulation dans ces parties si déliées, en un mot, tout ce qui peut changer les rapports du corps lenticulaire dans le système du globe, doivent détruire sa transparence (obs. 283, 288, 291, 427, 266; pl. 53, fig. 3). Une chûte produit quelquefois le même effet (obs. 421). J'ai été consulté, au printemps de 1817, par un homme bien constitué, âgé de quarante-cinq ans, qui, trois mois auparavant, était tombé assis, dans sa chambre, une chaise sur laquelle il était monté ayant manqué sous lui. Dès les jours suivants, il aperçut de légers nuages voltiger devant son œil droit, et quelques semaines après, il en vit autant devant le gauche; je trouvai une cataracte déja visible à l'œil droit, et deux petits points d'opacité dans le cristallin de l'autre. On a vu cette maladie être la suite de fièvre (obs. 420). L'observation 418 la montre précédée d'un ictère local. C'est un cas infiniment rare. Elle se forme le plus ordinairement dans l'espace d'une ou de deux années; mais il n'y a rien de fixe à cet égard (obs. 426). J'ai vu des cataractes formées en grande partie devenir complètes en peu de jours, même en une nuit. Je

vois souvent le cristallin des enfants fondre en place, lorsqu'il est devenu opaque par une piqûre ou par toute autre blessure, qui n'a pas d'ailleurs nui essentiellement au système absorbant dans le globe (obs. 441). Je donne actuellement (1818) des soins à une petite fille de sept ans, qui a eu la cornée et la capsule du cristallin ouvertes par la pointe d'une paire de ciseaux; la cataracte qui en est résultée fond évidemment, et on s'aperçoit de mois en mois des progrès de la vue. On obtient quelquefois cette heureuse terminaison, même lorsque la blessure a lieu après la puberté (obs. 427). La cataracte due à un vice spécifique diminue quelquefois au point de faire croire que la vue est prête à se rétablir (tome III, page 348).

La figure 1, planche 16, représente une cataracte qui, dans la marche ordinaire, commence à se former depuis quelques mois; la figure 3 en représente une plus avancée; la figure 2, planche 18, la montre complète. Quelquefois le bord du cristallin conserve long-temps de la transparence, et le malade voit passablement lorsque la lumière est assez modérée pour que la pupille puisse se dilater (pl. 22, fig. 3). Dans le principe de la maladie, je fais dilater la pupille par la belladone pour faire cesser toute incertitude quand le diagnostic en présente. Il se forme quelquefois une cataracte arborisée, lorsque le cristallin se tache par éclats (pl. 18, fig. 1), comme cela lui arrive

lorsqu'il est plongé dans une liqueur acide. Cet effet tiendrait-il à ce que l'acide phosphorique porterait alors son action d'une manière très-marquée sur cette lentille? (*Voy.* ci-dessus, page 42). L'adhérence de l'iris à la capsule du cristallin est un cas rare (obs. 438, pl. 19, fig. 2). Il est encore plus rare que ce corps, devenu opaque, descende spontanément derrière l'iris (tome III, page 395; pl. 22, fig. 1), ou passe à travers la pupille dans la chambre antérieure (obs. 449, 450; pl. 21, fig. 2). Quelquefois, la partie antérieure de la capsule devient opaque sans que le cristallin participe à cette opacité, au moins pendant les premiers temps. Cet effet rare est presque toujours le produit d'une ophtalmie interne (obs. 423; pl. 16, fig. 2). On ne rencontre pas fréquemment une cataracte augmentée de volume et protubérante à travers la pupille (pl. 17, fig. 1). On m'amena en 1802, du pays de Liége, mademoiselle WL***, âgée de neuf ans, qui, à la suite d'ophtalmies internes, avait deux cataractes semblables à celles que l'on voit planche 45, figure 1. La surface antérieure du cristallin de l'œil droit proéminait légèrement à travers la pupille. Le résultat d'une consultation qui eut lieu, fut qu'il fallait attendre l'âge de quatorze à quinze ans pour tenter l'opération.

Sauvages assure avoir guéri, par l'usage de l'extrait de jusquiame, deux malades affectés de cataractes.

Des observations authentiques prouvent que cette maladie, déja reconnaissable par des signes sensibles, a paru céder à l'action du mercure, à celle du suc ou de la poudre de cloportes, et à d'autres moyens que l'on regardait comme doués d'une vertu incisive et capable de donner, comme on disait alors, de la fluidité à la lymphe. Les uns ont nié ces guérisons, les autres les ont affirmées, et aujourd'hui même, dans la pratique, les sentiments sont partagés relativement à la curabilité ou à l'incurabilité de la cataracte. Dans mon opinion, et d'après un examen attentif du relevé de mes Journaux, il me paraît que ceux qui disent que les remèdes semblent, dans certains cas, arrêter le progrès de la cataracte, même la faire rétrograder, ont raison. Ceux-là ont raison aussi, qui refusent à ces moyens toute influence sur l'opacité du cristallin, même dans son principe. Je m'explique : je vois souvent dans une pupille une opacité reconnaissable, même pour un œil peu exercé, rester stationnaire pendant une et même plusieurs années. Nul doute que dans un cas semblable le médecin et le malade croiront aisément à l'influence d'un traitement (obs. 426). J'ai vu même, mais beaucoup plus rarement, une opacité déja très-visible disparaître, et le malade, privé de la faculté de lire, en recouvrer l'usage. Dans ce cas, la maladie a toujours eu pour moi, son siége dans un léger engorgement de la capsule, et ce sont là, je crois, les occasions

qui ont fait regarder l'opacité déja sensible du cristallin comme susceptible d'être utilement attaquée par des remèdes internes et externes.

Je les regarde comme également inutiles contre la cataracte, même commençante, non encore visible, et je pense que ceux qui croient l'avoir arrêtée dans son principe n'ont eu affaire qu'à ces filaments voltigeants dont j'ai découvert le premier la nature (tome III, page 409).

Il y a beaucoup de maladies qui s'arrêtent dans leurs progrès, et même qui diminuent ou disparaissent tout naturellement, les unes sans l'emploi d'aucuns remèdes, les autres en paraissant céder à l'action de quelques moyens fort inutiles, souvent même nuisibles.

On en compte un grand nombre de cette espèce parmi celles qui affectent l'organe de la vision. A l'aide de la crédulité des malades, elles fournissent un aliment à la cupidité et au charlatanisme.

De l'opération de la Cataracte par extraction.

Je me trouve ici fort embarrassé. On a tant écrit sur cette maladie en France et hors de France depuis cinquante ans, et souvent sans citer les sources dans lesquelles on a puisé, qu'en faisant simplement connaître le résultat de ma pratique, je pourrais paraître avoir copié tel ou tel auteur très-récent, tandis que j'ai des lettres dans lesquelles plusieurs m'ont fait connaître que

c'était par inadvertance qu'ils ne m'avaient pas cité relativement à certains procédés, qui en effet m'appartiennent.

Je trouve heureusement un moyen pour sortir de cet embarras, en m'acquittant d'un devoir, celui de rendre aux travaux de Richter l'hommage qu'ils méritent; sa dissertation (1) m'a souvent servi de guide lorsque j'ai commencé à pratiquer l'opération de la cataracte. Ce que je vais dire sur l'extraction sera donc tiré en partie de cette excellente monographie, dans laquelle on a tant pris, sans citer l'auteur. Ce qui ne sera pas de Richter, sera puisé dans ma pratique journalière, et dans plusieurs mémoires que j'ai lus à la Société de Médecine de Paris; ils sont insérés dans le Journal général de médecine, de chirurgie et de pharmacie. Je citerai d'ailleurs quelques praticiens auxquels je me propose de faire des emprunts: je supprimerai certains passages de Richter, et j'en changerai d'autres qui ne sont plus en rapport avec les progrès de la science.

Pour exécuter cette opération, il faut être assis sur une chaise d'une hauteur ordinaire; le malade qui écarte et allonge ses jambes, doit être sur une chaise plus basse, et dans une position telle, que la lumière vienne de côté sur l'œil à opérer. On couvre l'œil opposé avec une compresse contenue

---

(1) Observationum chirurgic. fasciculus I. De cataractæ extractione. Gottingæ, 1770.

par une bande. S'il s'agit d'opérér l'œil gauche, le chirurgien doit poser son pied droit sur un siége ou tout autre corps solidement fixé, et de la hauteur à-peu-près du siége sur lequel est assis le malade; il relève avec le pouce la paupière supérieure, et après avoir poussé légèrement en arrière le sourcil et le tissu cutané situé au-dessus, il présente à un aide intelligent le bord de cette paupière, que celui-ci fixe contre le rebord orbitaire à l'aide du doigt medius et de l'index de l'une de ses mains, en n'employant que le degré de force nécessaire, et il appuie en même temps contre sa poitrine la tête du malade, en lui passant son autre main sous le menton; aussitôt le chirurgien abaisse, en la renversant en dehors, la paupière inférieure avec l'index de sa main gauche, et porte le doigt medius sur le globe, entre la cornée et la caroncule lacrymale, en invitant le malade à tourner son œil vers la fenêtre qui se trouve du côté de l'œil à opérer. Il prend le bistouri (*voyez* sa lame, pl. 14, fig. 4), comme on prend une plume à écrire, et cherche à l'angle externe de l'œil un point d'appui solide sur la tempe et la joue du malade. Il est bon dans cette position d'attendre quelques secondes, sur-tout si le malade agite excessivement son œil; mais dès que l'on trouve un moment favorable, et que le globe se présente dans une situation telle à-peu-près qu'on peut la désirer, il faut, sans tarder, plonger le bistouri dans la cornée, à un tiers de

ligne de distance de la sclérotique, une ou deux lignes au-dessus de l'extrémité externe du diamètre horizontal de la cornée, si la saillie du globe le permet, et traverser la chambre antérieure dans un plan parfaitement parallèle à l'iris, pour faire sortir la pointe de l'instrument à l'extrémité opposée de la cornée, de manière que cette membrane soit incisée dans la moitié de sa circonférence, et plutôt un peu plus que moins. Aussitôt l'incision terminée, j'introduis mon kistitome (pl. 14, fig. 7 et 9) dans la chambre antérieure, en tenant sa pointe tournée vers la cornée, Dès qu'elle est parvenue vis-à-vis la pupille, je la retourne en arrière pour la plonger superficiellement dans la capsule du cristallin, et pour déchirer plus ou moins cette membrane, selon que le permet l'agitation plus ou moins forte de l'œil; lorsque cette agitation est presque spasmodique, je préfère à mon kystitome celui de La Faye (pl. 14, fig. 8), dont je pousse la lame deux, trois, ou quatre fois dans la pupille, en changeant, autant que possible, avant chaque coup, son inclinaison, afin que la partie antérieure de la capsule soit hachée, et ne puisse pas faire obstacle à la sortie des débris de la couche extérieure du cristallin, soit que cette sortie doive avoir lieu tout naturellement, ou qu'elle soit le fruit de l'introduction de la curette. Ten Haaff (1) coupait

(1) Journal de Vandermonde, septembre, 1761.

souvent, en passant, selon son expression, la capsule de la cataracte, avec la pointe d'un bistouri peu différent de celui de La Faye, et achevait ensuite l'incision de la cornée. Cette manœuvre semble plus difficile qu'elle ne l'est, et je l'employais le plus ordinairement; j'ai renoncé à l'exécuter depuis que l'idée m'est venue de donner à la lame d'un bistouri très-étroit une légère courbure sur son plat. Il ne m'est pas arrivé une seule fois de blesser l'iris avec cet instrument; ses bords ne sont tranchants qu'à une ligne de sa pointe, et on est sûr de son action en le plongeant dans la pupille. Quand il soulève la cornée pour pénétrer dans la chambre antérieure, sa face convexe glisse sur l'iris, et la pointe ne peut faire aucun mal au lambeau de la cornée. A peine le kystitome retiré, la plus légère pression, exercée sur la partie supérieure du globe à travers la paupière, suffit pour que le cristallin opaque présente son biseau inférieur et tombe sur la joue. On voit, pl. 19, fig. 3, la cicatrice d'une incision de la cornée. Elle est ordinairement beaucoup plus difficile à apercevoir, lorsqu'il s'est écoulé trois ou quatre mois et que l'opération a été heureuse. M. de Wenzel, mon collégue, a fait connaître (1) le procédé dû à son célèbre père, qui consiste à placer l'incision obliquement en

---

(1) Traité de la cataracte, page 74. — Manuel de l'Oculiste, ou dictionnaire ophtalmologique, tome I, page 121.

entrant un peu au-dessus de l'extrémité externe du diamètre horizontal de la cornée, et en sortant un peu au-dessous de l'extrémité interne de ce même diamètre. Il est très-vrai, comme le dit M. de Wenzel, que la cicatrice d'une incision, ainsi dirigée, se fait très-facilement.

Pour faciliter l'incision de la cornée, j'ai imaginé, en faveur des personnes peu exercées, un instrument composé de deux tiges de fer aplaties, qui embrassent le doigt, et qui sont terminées par une pointe recourbée, dont quelques chirurgiens font usage: on l'a fait graver dans des ouvrages modernes; mais je n'en donne point la représentation, parce que mon opinion est que chacun, après avoir exécuté un petit nombre d'opérations, parviendra à faire l'incision de la cornée sans être aidé, soit par mon ophtalmostat, soit par celui de Pamart, soit par tout autre imaginé pour cet usage. Le bistouri de M. de Wenzel (pl. 14, fig. 3) est celui de La Faye corrigé. Il en est de même du mien (pl. 14, fig. 4); seulement il se rapproche un peu plus du type commun: il diffère notamment de celui de M. de Wenzel, en ce que le bord supérieur de celui-ci n'est tranchant que jusqu'à la distance d'une ligne et demie de la pointe: le bord supérieur du mien est tranchant jusqu'à la distance de deux lignes et demie. La moindre variation devient importante quand il s'agit d'opérer sur une aussi petite étendue. J'ai trouvé que le prolongement de ce tranchant rendait plus facile

l'exécution d'une grande incision, qu'il est toujours avantageux d'obtenir. Presque tous les non-succès, ou les accidents qui allongent quelquefois l'opération, viennent de ce que l'incision est trop petite. Le cristallin exprimé ne sort alors qu'à l'aide de pressions réitérées, en laissant sa couche extérieure, en allongeant la pupille, et en entraînant l'iris dans la plaie qui se trouve encore rétrécie par la présence de cette membrane. Mon opinion est que sur vingt yeux perdus après l'opération de la cataracte par extraction, dix-sept verraient, si l'incision, placée convenablement, avait eu une ligne de plus de longueur. Celui qui fait son incision trop petite peut difficilement introduire le kystitome destiné à ouvrir et à déchirer la capsule : il éprouve la plus grande difficulté à retirer les débris laissés par le cristallin, et il y en a précisément d'autant plus à ôter que ce corps a eu plus de peine à sortir. Dans ce cas, souvent le cristallin, en entraînant avec lui l'iris, déchire cette membrane. Le choix d'un bon instrument bien acéré et bien tranchant est de la plus grande importance. Il doit être mince, et il faut cependant que sa pointe soit assez ferme pour ne pas ployer au moment où elle pénètre la cornée. Au reste, le point essentiel est que la lame ait la largeur nécessaire pour que l'humeur aqueuse ne s'écoule qu'au moment où elle a incisé la cornée par l'effet seul de son introduction, et sans qu'on ait été obligé de la retirer. A l'instant

où la pointe du bistouri sort de la cornée, l'aide, qui a déja commencé à assujétir d'une manière un peu moins ferme la paupière supérieure, la laisse descendre à moitié, et l'abandonne tout-à-fait au moment où le bistouri sort entièrement de la chambre antérieure, de facon que le bord de la paupière paraît en quelque sorte pousser en tombant, le dos de la lame du bistouri. L'opération doit être faite auprès d'une fenêtre très-éclairée; mais il faut qu'elle soit munie de volets, ou au moins d'un rideau d'étoffe épaisse, au moyen duquel on puisse diminuer la vivacité de la lumière au moment où l'on sollicitera la sortie de la cataracte au travers de la pupille, qu'un jour trop vif ferait contracter.

Lorsque la pupille est trop étroite pour laisser sortir le cristallin, et qu'il y a des adhérences entre la face postérieure de l'iris et la capsule, j'incise l'iris, comme faisait Daviel (1). L'événement n'est pas toujours heureux (obs. 463, pl. 45, fig. 1). Après la sortie du cristallin, il faut examiner la pupille, et passer la curette de Daviel, une, deux, ou trois fois, qui suffisent le plus communément pour faire sortir les petits fragments de mucus que laisse la cataracte, il y en a d'autant plus que la maladie est plus récente. On trouve des fragments transparents, lorsque la couche extérieure du cristallin n'est pas encore opaque (obs. 445).

---

(1) Philos. transact. an. 1752, vol. 47, pag. 532.

Si l'on voit à la capsule des points d'opacité, il faut en saisir les lambeaux avec de petites pinces (pl. 15, fig. 1), les tirer doucement, et les abandonner s'ils tiennent trop. Souvent je me contente alors de me servir du kystitome de La Faye, en introduisant, à plusieurs reprises, sa lame dans la pupille, sous différentes inclinaisons (obs. 428). On voit sur la capsule une de ces taches, pl. 22, fig. 2, le cristallin étant en place, et on en voit des traces après son extraction, pl. 39, fig. 3. Cette membrane est presque entièrement opaque, pl, 38, fig. 2, et la figure 1 la représente avec une teinte jaune; c'est un cas très-rare. Sharp ne voulait pas que l'on introduisît dans l'œil la curette après la sortie de la lentille opaque, tant il redoutait l'irritation qui résulte en effet, dans certains cas, de cette introduction, qu'il regardait d'ailleurs comme superflue (1). Beaucoup d'opérateurs insistent au contraire sur ce procédé (obs. 448) jusqu'à ce que la pupille soit entièrement nette, et que le malade ait vu distinctement. J'ai adopté pour règle de passer légèrement la curette à deux ou trois reprises, lorsque j'aperçois des débris d'un certain volume, et de ne la passer qu'une seule fois, quand la vue n'est gênée que par une portioncule de mucus évidemment destinée à disparaître par

(1) A critical enquiry in to the present state of surgery.

l'action du système absorbant. Lorsque la section de la cornée est suffisamment grande, il est rare que la pupille soit embarrassée par des débris remarquables du corps opaque, qui sort entier, et le plus souvent en conservant sa forme naturelle. Depuis qu'au moyen de mon kystitome, je puis, à mon gré, détruire sans aucun risque et dans une grande étendue, la partie centrale de la capsule du cristallin, avant d'extraire ce corps, je n'éprouve que bien rarement le besoin d'introduire la curette au-delà d'une seule fois; c'est en effet cette partie antérieure de la capsule qui le plus souvent, en reprenant sa place par son élasticité naturelle, après la sortie du cristallin, met à l'abri de l'action de la curette le peu de mucus qu'il laisse après lui, et oblige à introduire plusieurs fois cet instrument; manœuvre qui fatigue beaucoup l'organe, et souvent sans atteindre le but qu'on se propose. Richter a vu que, dans ce cas, les débris laissés dans la pupille, après d'inutiles tentatives, fondaient le plus ordinairement. Maître-Jan dit : « Pour l'ordinaire ils diminuent et disparaissent dans la suite (1). » Des auteurs plus anciens avaient remarqué cet effet.

La cataracte peut être adhérente à la face postérieure de l'iris (pl. 19, fig. 2), et ces cas sont très-rares; lorsque je les rencontre, je passe quel-

(1) Traité des Maladies de l'œil, partie I, chap. XIII.

quefois, entre l'iris et le cristallin, la curette très-déliée dont se servait Daviel pour cet usage, d'autres fois, je lui préfère la pointe de mon kystitome (obs. 438). Dans les cas encore plus rares où le cristallin adhère, soit à sa propre capsule, soit au corps vitré, Richter a imaginé d'ébranler ce corps en le piquant avec une aiguille à coudre ordinaire, emmanchée. M. de Wenzel a fait ployer en forme de crochet la pointe d'une tige aiguë pour saisir ce corps, lorsqu'il se plonge dans le corps vitré (1). Si l'on compare ce dernier instrument avec celui dont je me sers (pl. 14, fig. 5), on verra que le mien est celui de Richter, auquel j'ai fait donner une courbure qui m'a paru rendre son usage plus commode; je m'en sers pour saisir le cristallin lorsqu'un mouvement brusque et spasmodique des muscles du globe a fait sortir un flot de corps vitré. Mon intention, en l'employant, est d'éviter une nouvelle perte de cette humeur : elle aurait lieu alors, si on pressait le globe pour faciliter la sortie de la cataracte, qui, dans ce cas, se plonge dans le corps vitré. Il ne m'arrive presque jamais de m'en servir pour ébranler et détruire de prétendues adhérences; je ne saurais trop répéter que la difficulté que l'on éprouve à faire sortir le cristallin, et que l'on attribue à des adhérences, vient de ce que l'incision de la cornée est trop courte

(1) Dict. ophtalmologique, pl. 10, fig. 25.

33.

ou de ce qu'elle est mal placée. L'humeur vitrée peut aussi s'écouler en partie, soit à la suite du cristallin, soit en laissant ce corps derrière l'iris, lorsque l'aide chargé d'assujétir la paupière supérieure en appuie trop fortement la marge sur le bord orbitaire, notamment sur le tronc ou quelques ramifications du nerf frontal, et encore lorsqu'il ne suit point avec cette paupière la lame du bistouri de manière à l'abandonner aussitôt que cet instrument est sorti de la chambre antérieure. La sortie de cette humeur, lorsqu'elle n'a pas lieu en trop grande quantité, n'est suivie d'aucun accident fâcheux, et la vue se rétablit très-bien; mais il est bon d'éviter ce qui peut faire contracter les muscles de l'œil.

On reproche à la méthode par extraction que le bistouri peut blesser l'iris, et on ajoute que cette blessure est toujours accompagnée de danger. L'expérience prouve que ces deux assertions sont également peu fondées; car il suffit d'un peu d'attention pour éviter de toucher l'iris, et sa lésion, lorsqu'elle a lieu, est communément exempte d'un grand inconvénient. Un bon moyen de l'éviter est de procéder avec douceur, et d'avoir un aide qui ait déja tenu la paupière supérieure un certain nombre de fois avec intelligence. Cette condition est, à mes yeux, une des plus importantes pour le succès de l'opération. On a proposé de placer l'incision de la cornée à un quart de ligne de la sclérotique; d'autres ont

indiqué cette distance à une demi-ligne, et même à une ligne. J'ai remarqué qu'en observant, autant que possible, la distance d'un tiers de ligne, on ne touchait jamais l'iris. L'allongement ou l'élargissement de la pupille, après l'opération, n'est pas non plus un inconvénient remarquable; il arrive souvent qu'elle reste allongée vers le bord inférieur de la cornée, lorsqu'il y a eu une procidence de l'iris à la suite de l'opération. Cette procidence a pour cause la plus ordinaire une compression exercée par une bande trop serrée; quelquefois elle est due à un coup, et d'autres fois à la manière dont l'incision de la cornée a été exécutée, soit relativement à une forme vicieuse qu'on lui aura donnée, soit par rapport au point de cette membrane où elle aura été pratiquée. On ne reconnaît en général cet accident que plusieurs jours après l'opération, lorsque la petite portion d'iris pincée entre les lèvres de la plaie y a séjourné pendant un certain temps et y est collée. L'œil présente alors presque toujours l'aspect suivant : la pupille, allongée par en bas, est située au-dessous du centre de l'iris; la partie inférieure de cette membrane formant une espèce de pli sort de la cornée, dont les lèvres sont écartées l'une de l'autre et présentent l'apparence d'une petite tumeur. La plaie faite à cette membrane est au reste presque toujours bien cicatrisée dans les autres points de son étendue; et, par une conséquence naturelle, la chambre est le plus

ordinairement remplie d'humeur aqueuse. Si on essaie alors de repousser l'iris dans l'œil, on la trouve d'une consistance plus ferme que dans son état naturel, moins sensible, et tellement agglutinée à l'incision de la cornée, qu'on ne saurait l'ébranler. La portion saillante de l'iris est d'abord un peu sensible au mouvement des paupières; mais bientôt elle éprouve sans douleur l'action de l'air, même celle d'un instrument avec lequel certaines personnes peu exercées essaient de la repousser dans la chambre antérieure : l'irritation et le larmoiement qui accompagnent la procidence de l'iris tiennent moins à la sensibilité de la portion sortie de cette membrane, qu'au tiraillement éprouvé par les nerfs ciliaires (pl. 10, fig 1, *o. q.*; fig. 2, *n. p.*; fig. 3, *n. n.*). Je suis dans l'usage de ne rien prescrire contre la procidence de l'iris, soit qu'elle succède à l'opération de la cataracte (obs. 446), soit qu'elle provienne de toute autre cause (*voyez* ci-dessus, page 302). On voit cette membrane remonter peu-à-peu, la tumeur qu'elle forme diminuer, et l'incision de la cornée, grossière et comme béante, éprouver par gradations un tel changement, qu'à peine on en aperçoit les vestiges. Le malade en est quitte pour la très-légère difformité qui résulte d'un allongement peu marqué de la pupille, allongement qui, loin de nuire à la vision, facilite souvent cette fonction. Dans un petit nombre de cas, les objets paraissent d'abord autres qu'ils ne sont réelle-

ment, mais ce symptôme ne tarde pas à disparaître (*voyez* ci-dessus, page 228). Une phlegmasie interne qui s'étend à l'iris fait quelquefois rétrécir la pupille. J'ai dit plus haut (page 260) que l'instillation de quelques gouttes d'une solution aqueuse d'extrait de belladone remédiait puissamment à ce dangereux rétrécissement, auquel on ne connaissait autrefois d'autre remède que la tentative incertaine d'une ouverture dans l'iris, procédé auquel on est obligé de recourir quand l'occlusion est déja ancienne (*voyez* ci-après le chapitre de la pupille artificielle).

Il faut une habitude d'autant plus grande pour distinguer avant l'opération si la capsule du cristallin est opaque, que ce cas est infiniment rare: si on croit reconnaître l'existence de cette complication, il faut détruire, autant que possible, la partie antérieure de la capsule avant d'extraire le cristallin (obs. 428).

Ou dit ordinairement que la cataracte est mûre, lorsqu'elle a la couleur d'une perle, et que, par son opacité complète, elle ôte entièrement la vue au malade. On la regarde alors comme ayant acquis une solidité parfaite; on dit au contraire qu'elle n'a pas encore acquis sa maturité, quand elle est d'une couleur laiteuse et qu'elle n'ôte pas au malade la faculté de distinguer les objets: celle-là passe pour être molle. Une opinion assez répandue est qu'elle est toujours molle, lorsqu'elle commence, et qu'elle acquiert graduellement de

la dureté en se formant et en mûrissant. L'expérience prouve que l'ancienneté de la cataracte n'influe pas sur sa fermeté, et que c'est une erreur de croire qu'elle devient plus dure à mesure qu'elle vieillit. Ce que je dis est si vrai, que certaines cataractes très-anciennes s'allongent comme un fragment de gelée en passant à travers la pupille, tandis que d'autres qui ne datent pas d'une année, sont très-dures. La différence même de leur couleur ne donne point de renseignements certains. La couleur perlée passe pour indiquer leur maturité; cependant on trouve des cataractes de cette couleur sans aucune consistance; tandis qu'on est étonné de la fermeté de quelques autres qui, étant d'un blanc de lait, avaient été regardées comme n'ayant point encore acquis leur maturité.

Ceux qui opèrent la cataracte par dépression ont fréquemment à gémir de cette incertitude. Souvent, en déprimant une cataracte, à laquelle ils avaient reconnu tous les signes d'une maturité certaine, ils la trouvent molle et peu propre à être abattue; ils refusent au contraire d'en déprimer une autre qui aurait bien soutenu l'effort de l'aiguille, parce qu'ils redoutent sa couleur laiteuse ou quelque autre signe qui les induit en erreur. Ces difficultés n'arrêtent point ceux qui pratiquent l'extraction, puisqu'on peut extraire la cataracte mûre ou non. Cependant il faut avouer que la cataracte molle, soit par sa nature,

soit par le défaut de consistance de la couche extérieure du cristallin non encore opacifiée, sort à la vérité assez facilement dans le plus grand nombre de cas, et souvent sans qu'on soit obligé de comprimer le globe, parce qu'elle laisse derrière l'iris cette couche extérieure; mais que l'opération se prolonge beaucoup après sa sortie, parce que, pour en retirer les débris, on est obligé de porter dans l'œil, à plusieurs reprises, la curette de Daviel, dont l'introduction répétée ne saurait avoir lieu sans inconvénient: on peut ajouter que, malgré le peu de consistance de sa couche extérieure, la cataracte non encore formée est, assez ordinairement, plus volumineuse que celle qui l'est entièrement, et que, par une conséquence naturelle, elle dilate davantage la pupille en la traversant, ce qui fatigue l'iris; mais ces inconvénients sont, en général, légers, et ne présentent rien de sérieux.

La cataracte n'a pas toujours réellement la couleur qu'on lui voit avant de l'extraire. Souvent alors on trouve jaune celle qui présentait la couleur d'une perle. Presque toutes ont dans leur centre un noyau de forme à-peu-près lenticulaire, plus dur et d'une couleur plus obscure que le reste du cristallin. Faudrait-il en conclure que l'opacité et l'endurcissement de ce corps commencent dans son centre? mais presque toujours, lorsque la cataracte se déclare, on remarque dans la pupille un nuage répandu assez uniformément.

On a établi pour règle (1) que l'opération ne doit pas être pratiquée lorsqu'un seul œil est affecté; on s'est fondé sur ce que le malade ne verrait pas aussi-bien de l'œil opéré que de l'œil sain : le premier, en effet, ayant besoin d'être aidé par un verre convexe, ne pourrait pas agir, avec le second, simultanément et d'une manière égale.

Cette règle serait inattaquable, si on était sûr que le second œil dût rester intact; mais il arrive rarement qu'une cataracte par cause interne se borne à affecter un seul œil; comme elle passe presque toujours à l'autre plus ou moins promptement, ce dernier, après l'opération, éprouve le besoin d'un verre convexe, et ce moyen artificiel sert alors aux deux yeux. On peut, au reste, ne point opérer tant qu'il y a un œil sain; mais il est bon de le faire aussitôt que le second s'affecte, pour que le malade ne tombe pas dans la cécité.

Les deux yeux étant en état d'être opérés le même jour, on a demandé s'il était plus avantageux de prendre ce parti, que de remettre la seconde opération après le rétablissement du premier œil? La réponse exige une distinction. La double opération est plus avantageuse à celui qui l'exécute : elle augmente pour lui la chance de rendre la vue à son malade, et s'il n'est pas sûr

---

(1) Warner. Cases of surgery, pag. 62.

de sa main, il voit sa réputation à l'abri; car il est extrêmement rare que les deux yeux succombent après une opération aussi simple, lorsqu'elle a été exécutée selon les règles connues. Mais il est, selon moi, plus avantageux pour le malade de n'être opéré que d'un œil à-la-fois; car, en opérant les deux, on voit quelquefois après l'opération, des accidents, survenus d'abord à un œil et bornés à ce seul organe pendant plusieurs jours, s'étendre enfin à l'autre par sympathie.

Je vois dans ce moment un homme bien constitué, à qui un chirurgien a extrait le même jour deux cataractes. L'opération a été suivie d'un chémosis, qui a occasionné l'atrophie de l'œil gauche, et a déterminé une inflammation vive sur le droit, dont la cornée est couverte de taies; la pupille est oblitérée, et la chambre antérieure n'existe plus. Cet homme est aveugle complétement et sans ressource. Il aurait été probablement plus avantageux pour lui de subir l'opération d'abord à un œil, et ensuite à l'autre, à quelques semaines d'intervalle.

Lorsque le premier œil a été opéré sans succès par dépression, je suis dans l'usage d'opérer l'autre par extraction : si, au contraire, l'emploi de cette dernière méthode n'a pas été heureux, j'abaisse le cristallin de l'autre œil, et, par cette marche, je ne vois jamais aucune influence fâcheuse de la première opération sur la dernière. Je dois ajouter, pour étayer l'opinion que j'ai

adoptée, qu'en opérant un seul œil, on recommande au malade de se coucher sur le côté opposé, et que les larmes passent alors plus aisément dans les narines par les voies lacrymales (*voy.* ci-dessus, pages 284 et 285). Cette situation est tellement favorable, que je vois souvent des malades intelligents, opérés par extraction, attribuer leur guérison au soulagement que cette situation leur a fait éprouver. Or, quand on a opéré les deux yeux, on ne peut la prescrire en faveur d'un œil qu'aux dépens de l'autre, sur lequel la liqueur lacrymale, dont la sécrétion est alors si abondante, demeure plus long-temps, macère la cornée, sur-tout les lèvres de l'incision, et s'oppose à leur réunion.

Si j'ai rarement des échecs dans l'opération de la cataracte, je l'attribue en grande partie au soin que je prends de faire coucher le malade sur le côté opposé à celui de l'œil opéré, ou, lorsque j'opère les deux yeux, de le faire coucher sur le côté opposé à celui de l'œil qui paraît le plus disposé à devenir le siége de quelques accidents.

On peut, au reste, opérer les deux yeux au même instant, quand le malade le désire vivement et que tout fait présager un heureux succès.

Il faut attendre l'âge de la puberté pour opérer les aveugles de naissance, et encore il est bon qu'ils demandent d'eux-mêmes à être opérés.

La cataracte est quelquefois de famille. J'ai opéré un jeune homme aveugle de naissance qui

avait trois frères aveugles plus jeunes que lui, dont les cataractes étaient aussi congéniales.

On n'a point encore atteint le but qu'on se proposait, quand on a bien exécuté l'opération; il reste ensuite à exercer une surveillance non moins importante et non moins difficile, en combattant les symptômes qui peuvent survenir, et dont le traitement mal dirigé est une source fréquente des plus graves accidents. Le premier symptôme qui se manifeste est une inflammation de l'œil; si elle est violente et longue, elle peut détruire entièrement la vision; moins forte et passagère, elle peut encore la troubler plus ou moins, mais toujours d'une manière inquiétante; en sorte qu'il est mieux de prévenir cette phlegmasie que de la combattre. On ne doit pas toujours attribuer les accidents à la méthode employée; il est facile de reconnaître qu'ils sont dus plutôt à la négligence de celui qui a fait l'opération, soit qu'il ait pu les prévenir ou les faire promptement cesser, soit qu'il ait consenti à opérer des malades mal disposés, soit enfin que l'opération n'ait pas été faite avec la légèreté nécessaire. Presque tous les symptômes qui se manifestent aussitôt après font assez connaître qu'ils sont dus à une tension du système nerveux. Ainsi, il arrive souvent que le malade éprouve une langueur, une tristesse inexplicables pour lui; il ressent des coliques ou des tensions douloureuses dans diffé-

rentes parties du corps : il est ébranlé par des horripilations; l'œil opéré s'agite violemment sous la compresse qui le couvre; une petite fièvre est suivie d'inflammation de l'œil, et paraît moins l'effet que la cause de cette inflammation, au point que le degré de la phlogose est proportionné à celui de la fièvre dont elle a été précédée. Ce mouvement fébrile, qui se déclare presque toujours la nuit, est léger la première, un peu plus fort la seconde, et très-marqué la troisième, avec douleur à l'œil, chaleur et anxiété. l'inflammation se manifeste ordinairement après ce troisième accès; mais quelquefois la douleur de l'œil se déclare aussitôt après le premier. Il est certain que, plus les accidents du système nerveux sont nombreux et graves immédiatement après l'opération, plus la fièvre et la phlegmasie qui la suivent ont d'intensité. Un moyen assuré d'empêcher le développement de ces symptômes alarmants est de prévenir l'irritation nerveuse, ou de la faire promptement cesser.

Il est quelquefois facile de reconnaître la cause de l'irritation du système nerveux, lorsque les malades, tourmentés par l'appréhension d'un défaut de succès, et agités, pendant les jours qui précèdent l'opération, par des craintes toujours croissantes, sur-tout à son approche, ne s'y soumettent que pâles, tremblants, et prêts à perdre connaissance; ce qui arrive à quelques-uns,

même avant qu'on ait pratiqué l'incision de la cornée. Richter a entendu parler d'une femme qui expira pendant l'opération; aussi les accidents sont-ils plus fréquents chez les sujets d'une constitution irritable, d'un tempérament et d'une ame faible, chez ceux sur-tout qui ne parlent de l'opération qu'avec effroi : il m'arrive souvent de faire assister ces malades timides à une ou plusieurs opérations de cataracte la veille du jour ou le jour même qu'ils doivent la subir; je vois toujours que cela les tranquillise, et produit sur eux un effet tel, qu'ils se laissent opérer avec le plus grand calme. J'ai toujours regardé la grande confiance du malade dans celui qui doit l'opérer, comme le gage le plus assuré du succès. Au reste, moins le malade est timide, plus il y a d'espoir d'un heureux résultat; moins il montre de résolution, plus la chance est hasardeuse. Par une conséquence naturelle, il arrive plus souvent des accidents aux femmes qu'aux hommes, à la suite de l'opération. Non-seulement les sujets fortement constitués que l'on regarde comme plus disposés à l'inflammation, n'éprouvent pas une plus forte irritation, mais encore les accidents sont moins graves chez eux, tandis qu'ils le sont beaucoup plus chez les malades d'une constitution débile. On est étonné de la facilité avec laquelle se rétablissent certaines femmes de la classe indigente, adonnées aux boissons spiritueuses, qui portent souvent sur leur visage

des preuves évidentes des excès auxquels elles se livrent, et qui ressemblent à des hommes par leur habitude extérieure.

Le tempérament lymphatique forme une disposition peu favorable à la prompte formation d'une cicatrice solide. J'ai opéré par extraction aux deux yeux, en août 1817, Madame L***, de l'Aigle, âgée de soixante-quinze ans, qui présentait toutes les apparences de la constitution la plus faible, la plus lymphatique, et la moins favorable à un heureux succès. Le rétablissement ne fut complet qu'un mois après les opérations, qui avaient été très-heureuses. La malade portait au cou, depuis trente-cinq ans, une de ces tumeurs vulgairement désignées sous le nom de goître; maladie à laquelle M. Alibert a donné le nom de thyro-phraxie à plusieurs lobes, et qu'il a représentée d'une manière si parfaite (1). Il a examiné cette malade après le rétablissement de sa vue, et il m'a engagé à faire ici mention d'un effet que je n'avais pas encore eu occasion de remarquer. Parmi les divers symptômes qu'amenèrent la caducité et la constitution particulière de la malade, le plus marqué fut un larmoiement abondant, qui durait encore même après le rétablissement complet de la vue des deux yeux : pendant sa durée, la tumeur a perdu un quart environ de son énorme volume.

---

(1) Nosologie naturelle, 8e famille, genre V, planche D.

Un moyen assuré de prévenir les accidents qui peuvent résulter de l'opération de la cataracte, c'est de ne point négliger de préparer le malade lorsque cette précaution paraît indiquée: une saignée faite la veille ou la surveille suffit ordinairement pour en assurer le succès; j'ai l'habitude d'ordonner une seconde saignée du pied quelques heures après l'opération, ou d'y faire appliquer des sangsues. Je remarque que le malade éprouve aussitôt après un calme qui présage presque toujours la réussite. Cette saignée provoque le sommeil, souvent nul ou fort agité, sur-tout pendant la première nuit: je m'abstiens de faire saigner les sujets faibles et ceux qui ont le système nerveux très-irritable. Il est bon d'interdire aux malades, pendant les huit jours qui précèdent l'opération, le vin, les ragoûts, et tout ce qui peut porter de l'irritation sur les solides, ou accélérer la circulation des liquides. Ils doivent alors vivre de légumes et d'aliments rafraîchissants: les pédiluves, deux ou trois lavements émollients, quelques onces d'huile d'amandes douces, données à deux jours de distance, produisent toujours un bon effet. Je fais donner de trois en trois heures, aussitôt après l'opération, une tasse de bouillon fait avec la moitié d'une poule et deux livres de veau, et, dans les intervalles, une tasse de décoction légère de chiendent édulcorée avec du sirop de groseilles.

Dans la nuit qui suit l'opération, je donne en deux doses, à deux heures d'intervalle, une demi-once de sirop de Diacode. Si le sommeil survient, et qu'il n'y ait aucune tension spasmodique, on peut supprimer la seconde dose, et quelquefois même les deux. Le lendemain ou le surlendemain, le bouillon de veau est remplacé par un léger bouillon de bœuf; mais s'il y a de l'irritation, je fais continuer l'usage du bouillon de veau. Tout ce qui peut porter de l'activité dans la circulation, et, par une conséquence naturelle, exciter de la chaleur dans l'œil opéré, doit être soigneusement évité, sur-tout les premiers jours. Une garde exercée et attentive est très-utile pour faire observer le régime prescrit. Le troisième jour, je permets une petite quantité de soupe, que l'on augmente le quatrième; on peut donner des légumes le cinquième et le sixième; et de la volaille le septième, ainsi que dans le cours des trois ou quatre jours suivants. Le malade ne doit reprendre sa nourriture ordinaire que par gradations, et en choisissant scrupuleusement ses aliments, jusqu'à ce qu'il supporte sans aucune difficulté l'impression de la lumière.

Il est très-important de faire connaître au malade que les clignotements des paupières sont extrêmement nuisibles, 1° pendant la rapide incision de la cornée; 2° pendant la destruction de la partie antérieure de la capsule; 3° pen-

dant les pressions très-légères que l'on doit exercer avec le pouce sur le globe, à travers la paupière supérieure, pour provoquer la sortie de la cataracte : ces clignotements, toujours accompagnés de mouvements du globe, font alors rentrer le corps opaque ; il sort avec la plus grande facilité, lorsqu'on peut obtenir du malade de ne pas agiter l'œil ni les paupières pendant quelques secondes. Ces agitations nuisent encore beaucoup pendant l'emploi de la curette.

Aussitôt que le cristallin est sorti, et que l'on a passé très-légèrement deux ou trois fois la curette entre la cornée et l'iris, il faut laisser tomber du front sur les yeux une double compresse de linge très-fin, retenue par une bande si lâche, que le malade puisse, si on le lui permettait, entr'ouvrir les yeux en la relevant. Peu d'heures après, le léger engorgement qui survient l'en empêche assez ; il doit porter, lorsqu'il en éprouve le besoin, une petite éponge fine au grand angle de l'œil, pour absorber la sérosité qui n'est point reprise assez vîte par les points lacrymaux ; il imbibe cette éponge dans une tasse d'eau animée de quelques gouttes d'eau-de-vie : ce mélange ne doit pas être employé chaud, mais à la température de la chambre. Souvent je mets fin à des accidents qui ont une apparence de gravité, en faisant supprimer le lendemain la bande et les compresses, et en laissant l'œil libre, mais dans

une profonde obscurité. Mon usage constant est de ne jamais provoquer l'ouverture des paupières; j'attends toujours que le malade ouvre spontanément l'œil opéré; ce qui a lieu ordinairement du septième au dixième jour, quelquefois du quatrième au septième. Des douleurs très-fortes sont souvent accompagnées d'accidents fort légers; d'autres fois les douleurs sont peu marquées, et la cornée cependant tombe en suppuration. Le malade ressent le plus souvent, quelques heures après l'opération, une douleur assez vive, qui dure une heure ou deux, et disparaît pour se faire sentir de nouveau dans le cours de la nuit pendant le même iutervalle, après lequel elle se dissipe pour ne plus revenir, même lorsque la rougeur de l'œil augmente. Quand il y a des accidents, la douleur est plus forte pendant la durée des nuits. Dans certains cas, les symptômes ne se manifestent que du quatrième au septième jour : aussi ne doit-on, qu'après ce dernier terme, se relâcher des précautions indiquées. La cicatrice de la cornée est faite le second ou le troisième jour de l'opération; elle paraît d'abord blanche, légèrement gonflée, et grossière; mais elle éprouve un tel changement avec le temps, qu'elle ne laisse presque aucune trace. Lorsque la phlegmasie est portée à un degré inquiétant, on en diminue l'intensité par l'application des vésicatoires appliqués à la nuque ou derrière les oreilles. J'ai été quelquefois consulté pour des

ophtalmies opiniâtres qui avaient succédé à des opérations de cataractes bien faites, et j'ai cru reconnaître que ces accidens venaient de ce qu'on avait couvert l'œil trop long-temps, et de ce qu'il avait été comprimé.

Après le succès le plus complet, il survient quelquefois des symptômes qui inquiètent le malade, mais qui souvent n'ont aucune suite. Parmi ces symptômes, on remarque différentes anomalies dans la vision (obs. 422) jusqu'à ce que l'organe soit fortifié par l'exercice.

Il est des cas rares où la pupille conserve de la mobilité, quoique la rétine soit insensible; et dans d'autres, aussi peu communs, l'iris ne donne aucun signe de sensibilité à l'impression de la lumière, quoique l'organe immédiat de la vue en conserve plus ou moins. Lorsque, dans un de ces cas douteux, une cataracte se forme, le pronostic en est extrêmement incertain. Si on se détermine à tenter l'opération, on doit alors à la confiance du malade et à l'honneur de l'art, l'aveu bien prononcé que l'on ne peut pas répondre du résultat (obs. 430, 431, 432, 439). Quelquefois la complication provient d'une ophtalmie interne (obs. 433, 442). J'ai vu, mais rarement, une amaurose plus ou moins parfaite avant ou après l'opération (obs. 429, 434, 435).

En recueillant avec soin des observations nombreuses, j'ai reconnu, contre l'opinion commune,

que l'ancienneté de la cataracte n'est pas une cause d'adhérence (obs. 436, 443, 444). C'est donc inquiéter inutilement les malades que de les menacer d'adhérences, s'ils tardent à se faire opérer.

Je suis dans l'usage de ne rien prescrire localement pour combattre les accidents qui surviennent à la suite de l'opération. Ils se dissipent par les seuls efforts de la nature (obs. 447).

J'ai fait une quantité immense d'opérations de cataractes, notamment lorsque j'ai été appelé hors de Paris; j'en fais un grand nombre habituellement, et jamais je n'ai rencontré celle qui a été désignée par quelques auteurs sous le nom de cataracte *noire*.

J'ai vu la pupille très-nette après l'ouverture de la capsule et la sortie d'une petite quantité de mucus laiteux. On a dit que, dans des cas semblables, ou après l'enlèvement de la partie antérieure de la capsule devenue opaque, le cristallin sain pouvait rester transparent, et on en a cité des exemples. Les malades chez lesquels, à l'ouverture de la capsule, la pupille m'a paru noire après la sortie d'un peu de mucus, avaient leur domicile fort loin de Paris, et je n'ai pas été assez heureux, malgré mes recherches, pour apprendre s'ils avaient pu lire sans le secours d'un verre convexe. La saine théorie répugne à cette supposition; il me semble donc que, dans ces cas, le cristallin avait dû être liquéfié et absorbé.

J'ai opéré par extraction les deux yeux de Madame L***, supérieure des religieuses de l'Hôtel-Dieu de Soissons. La cataracte de l'œil droit ne présenta rien de particulier. Il ne sortit de la pupille du gauche qu'un mucus laiteux; mais Madame L*** a fait usage d'un verre à cataracte pour l'un comme pour l'autre de ses yeux.

M. Feigneau, âgé de cinquante ans, bien constitué, qui était receveur du droit d'octroi à Hall, près Bruxelles, lorsque je lui fis à Paris, en 1806, l'opération de deux cataractes, vit très-bien de l'un et de l'autre œil aussitôt après l'ouverture des capsules et la sortie d'une petite quantité de mucus laiteux. On m'a dit récemment qu'il lisait sans le secours de verres convexes. J'ai échoué dans les informations que j'ai fait prendre; son domicile est changé et inconnu aux personnes que j'ai employées; s'il jouit vraiment de cette faculté, ou si d'autres en ont joui dans des cas semblables, comme on l'a dit, voici la manière dont on pourrait expliquer ce phénomène. Le cristallin, ayant été liquéfié et absorbé dans sa capsule, à l'exception de la goutte de mucus laiteux que produisit la piqûre de cette membrane, l'humeur aqueuse ne pourrait-elle pas en avoir rempli la cavité dont la petite ouverture, faite un peu latéralement, aurait laissé une circulation libre à l'humeur aqueuse? La présence de ce fluide tiendrait la capsule étendue, et les rayons lumineux seraient réfractés par cette espèce de

lentille formée par l'humeur aqueuse et la capsule, dont je n'ai jamais détruit la partie antérieure dans ces occasions rares. On peut encore supposer que le corps vitré pousse dans la pupille la capsule restée à-peu-près entière, qui forme ainsi une sorte de lentille. Cette dernière supposition paraît mieux fondée sur la structure des parties.

J'ai vu sortir quelquefois le cristallin opaque enfermé dans sa capsule qui avait conservé sa transparence (*voy.* tome III, page 442). C'est un cas si rare, que j'en avais entendu nier la possibilité par des personnes qui avaient quelque habitude de cette opération.

Lorsqu'on trouve le cristallin passé à travers la pupille dans la chambre antérieure (obs. 449), il faut le retirer en faisant une incision à la cornée : c'est un cas bien rare; mais il est encore moins commun de voir ce corps opaque descendre derrière l'iris dans le corps vitré, et laisser un accès libre aux rayons de lumière jusqu'à la rétine (tome III, page 395).

Quand le corps vitré a été désorganisé, j'ai vu des cas où le cristallin passait quelquefois dans la chambre antérieure, et repassait ensuite derrière l'iris (obs. 450).

De l'opération de la Cataracte par dépression.

Avant que le célèbre professeur de Pavie eût porté l'opération par dépression au point de per-

fection auquel nous la voyons aujourd'hui, notamment par la construction heureuse de son aiguille, je n'abaissais le cristallin qu'avec quelque répugnance, et seulement dans des cas de complications, par exemple, lorsque le malade avait le conduit nasal obstrué, les paupières malades, ou des taches sur la cornée (tome III, page 374). Depuis la publication de l'ouvrage dont ce grand chirurgien a enrichi l'art de guérir, je fais moins de difficulté de déprimer par sa méthode le cristallin opaque, et j'ai étendu le nombre des cas où je l'emploie. Je m'y détermine quelquefois, lorsque le globe est très-enfoncé dans l'orbite, ou la cornée très-petite; quand l'œil a éprouvé autrefois des phlegmasies, ou qu'il existe, soit un principe spécifique, soit des céphalalgies (tome III, page 373), et souvent même enfin sur un simple desir du malade. Il m'arrive de déprimer le cristallin à un œil et de l'extraire à l'autre. J'exhorte ceux qui commenceront à pratiquer cette opération à se rendre familières l'une et l'autre méthode, pour se mettre en état d'exécuter la dépression, au moins dans certaines occasions, notamment, comme je l'ai dit plus haut, lorsque l'extraction aura été faite sans succès au premier œil. Mais, en thèse générale, je ne dois pas laisser ignorer que l'extraction me paraît préférable, et que, lorsque rien n'indique spécialement la dépression, il faut extraire. J'ai vu souvent des hommes de l'art,

qui n'avaient aucune opinion formée à ce sujet, se prononcer sans hésitation pour l'extraction, après avoir vu pratiquer, d'une manière également heureuse, l'une et l'autre méthode, et par la seule application des connaissances théoriques nécessaires à l'examen auquel ils se livraient. Ce que l'on a dit pour et contre chacune d'elles est si connu, que je me dispenserai de le rappeler ici. J'engage ceux qui voudront opérer par dépression à ne pas le faire sans avoir lu et médité le chapitre XV du célèbre auteur auquel je les renvoie (1) : on ne peut connaître son procédé qu'en méditant la totalité de ce chapitre, auquel on trouverait difficilement un seul mot à changer. Il ne me semble pas permis, depuis sa publication, de commencer à abattre des cataractes sans l'avoir appris par cœur, et sans avoir pesé l'importance des préceptes qu'il renferme.

Je m'abstiendrai de parler de la *kératonixis*, ou de la dépression de la cataracte en faisant pénétrer l'aiguille à travers la cornée, parce que je ne crois pas à l'efficacité de ce procédé. J'en avais jugé autrement, et j'ai rapporté, dans le Journal général de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie, rédigé par M. Sédillot, des exemples de succès; mais j'ai reconnu depuis, que la réussite aurait été probablement plus complète par la méthode de l'extraction. On a puisé dans mon

---

(1) Traité-pratique des maladies des yeux.

Mémoire. L'aveu que je fais ici prouve assez que je n'éleve à ce sujet aucune réclamation.

CHAPITRE III.

Des Filaments voltigeants (1).

Actuarius (2) a dit, en parlant de ces fantômes : « Plusieurs personnes voient voltiger devant leurs yeux des objets qui représentent un moucheron, des cheveux, des mouches, ou quelque chose de ce genre; » et il ajoute, en s'adressant à Joseph Racendita : « Sans doute vous connaissez leurs formes, vous qui en avez vu voltiger devant vos yeux au point de redouter des cataractes, parce que cette dernière maladie présente dans son origine des symptômes assez semblables; mais j'avais coutume de vous consoler, parce que vous les aperceviez depuis long-temps, tandis que ceux qui sont suivis de cataracte augmentent promptement... »

Ordinairement, lorsqu'on n'a point apporté en naissant ces fantômes volants, ils se forment lentement, et on s'aperçoit de leur existence en portant les yeux sur un ciel très-pur, sur la neige,

---

(1) Synonymie. Imaginations perpétuelles. Maître-Jan.

(2) De spiritu animali ad Josephum Racenditam. lib. I, cap. XII.

ou sur un brouillard épais. M. le docteur Réveillé-Parise a commencé à les apercevoir pendant une ophtalmie de cause externe (1), et il en fut effrayé au point d'attendre pendant plusieurs années la cataracte ou l'amaurose. J'ai cru m'apercevoir, par le relevé de mes Journaux, que les gens de l'art étaient plus inquiets que d'autres, lorsqu'ils voyaient ces fantômes, qui ne méritent pas même le nom d'incommodité (obs. 453, 457; et tome III, page 406). Quand mon Mémoire (tome III, page 409), auquel je renvoie le lecteur, ne calmerait que quelques alarmes de ce genre, j'éprouverais une vive satisfaction d'en avoir découvert la nature : encore une fois, ce n'est point une maladie, et il suffit de tranquilliser l'imagination du petit nombre de ceux qui en sont alarmés.

J'engage ceux qui voudront connaître l'extrême exactitude avec laquelle la planche 65 représente ces apparences, à demander à plusieurs personnes si elles n'en aperçoivent pas, en les invitant à élever les yeux vers un ciel bien pur : ils ne tarderont pas à obtenir une réponse affirmative. Cette réponse est ordinairement une des suivantes :

J'ai toujours vu cela... Est-ce que chacun n'en voit pas?.... Je ne les vois qu'au grand jour..... Parmi les personnes qui en voient, celles qui,

(1) Hygiène oculaire, chap. VI.

de leur lit, aperçoivent à leur réveil le ciel ou une muraille blanche, ajoutent souvent : Je m'amuse quelquefois, en m'éveillant, à les regarder descendre... Toutes, en comparant ces filaments voltigeants avec ceux que je suis parvenu à représenter, feront connaître, par leurs réponses, que cette planche les rend au naturel.

CHAPITRE IV.

De la Pupille artificielle.

Les recherches du célèbre Beer, de Vienne, relatives à l'inflammation de l'iris, ont jeté beaucoup de jour sur les différents états pathologiques de cette membrane, et, par une conséquence naturelle, sur les différents procédés auxquels on peut avoir recours pour ouvrir, à travers son tissu, une route nouvelle aux rayons de la lumière. Il a nommé *iritis* la phlegmasie dont elle est quelquefois le siége.

Je prie le lecteur d'examiner avec attention la figure 1 des planches 11 et 12, et d'en lire les explications; qu'il suppose ensuite une phlegmasie dans ces lacis vasculaires si déliés, et qu'il se demande quels sont les effets probables qui en résulteront. Il trouvera que la transsudation d'une lymphe concrescible pourra, selon le point qui la fournira plus spécialement, et suivant le degré de la phlogose, produire les effets suivants:

la face postérieure de l'iris contracte des adhérences avec le corps ciliaire ou avec la capsule du cristallin; la pupille se rétrécit d'une manière irrégulière, ou se ferme entièrement; si le cristallin a été extrait ou abaissé, l'exsudation qui a lieu de la marge pupillaire contractée agglutine cette marge aux débris de la capsule, et fait croire, en se coagulant sous une apparence blanchâtre, que ces débris sont opaques. La couleur de l'iris change dans la totalité, et plus souvent dans une seule partie de son étendue, vers le centre: elle bombe en rétrécissant la chambre antérieure, et en s'approchant de la cornée. Enfin sa surface devient inégale et raboteuse dans les parties qui ont été, d'une manière plus marquée, le siége de la phlegmasie, tandis qu'elle conserve son apparence naturelle dans les autres parties de son étendue, sur-tout vers son cercle externe. Car, lorsque l'altération s'est propagée jusqu'à cette partie, le corps ciliaire a participé ordinairement à la maladie, et le globe a éprouvé un commencement de désorganisation. L'iris peut être adhérente à la cornée, en un ou plusieurs points, lorsqu'il y a eu hernie à la suite de l'extraction de la cataracte ou d'une blessure de la cornée.

Dans un grand nombre de cas, il existe un degré plus ou moins marqué de varicosité dans le système vasculaire, tant sanguin que lymphatique du globe; quelquefois la cornée est tachée ou couverte de cicatrices; le cristallin est souvent

opaque, et s'il a été extrait ou abaissé, sa capsule a, le plus ordinairement, perdu sa transparence. Un principe particulier, comme le syphilitique, le scrophuleux, l'arthritique, etc., peut compliquer l'état d'un œil auquel il convient de faire une pupille artificielle; enfin on peut rencontrer la réunion de deux, de trois ou d'un plus grand nombre des lésions ou complications que je viens d'indiquer, et c'est ce qui avait rendu si difficile le choix définitif d'une méthode unique pour tous les cas.

On doit à Cheselden l'idée et l'exécution de la première pupille artificielle. Morand vit opérer ce grand chirurgien (1). Il incisa l'iris au moyen d'une aiguille un peu plus large que celle dont il se servait pour abattre la cataracte; elle ne coupait que par un de ses bords. Il la plongea dans la sclérotique, à une demi-ligne de son union avec la cornée, fit traverser à la pointe les deux tiers de la chambre postérieure de l'humeur aqueuse, et la poussa alors au travers de l'iris, qu'il coupa en travers en retirant l'instrument. Il résulta de ce mouvement une incision horizontale, qui forma une pupille oblongue plus large dans son milieu qu'à ses deux extrémités. Elle devait être un peu moins longue que celle que l'on voit planche 19, fig. 1, et sa direction au lieu d'être verticale était horizontale.

(1) Voyez Sharp, opérations, ch. XXIX.

Guérin et Janin ont préféré l'incision de la cornée à la piqûre de la sclérotique, et ils ont ouvert l'iris de différentes manières. Le père de mon collégue, M. de Wenzel, plongeait en passant la pointe du bistouri dans l'iris, à une demi-ligne du centre de cette membrane, pendant qu'il incisait la cornée, et la faisait ressortir à trois quarts de ligne environ au-delà du point dans lequel il l'avait plongée. Il achevait ensuite l'incision de la cornée. Il résultait de ce mouvement que l'iris présentait un petit lambeau de près d'une ligne, en forme de demi-cercle, qu'il emportait d'un coup de ciseaux; après quoi il faisait l'extraction du cristallin soit qu'il eût conservé sa transparence, ou qu'il l'eût perdue.

Ce procédé, préférable à ceux dont je viens de parler, ne peut être employé lorsque l'iris est adhérente à la cornée, lorsqu'elle proémine d'une manière très-marquée dans la chambre antérieure, ou lorsque le centre de la cornée est couvert de cicatrices.

On a proposé, en Allemagne, d'inciser la cornée près de son bord supérieur, et de diviser l'iris vers ce point. Il y a vingt ans que j'ai opéré, pour la première fois, par ce procédé; je crois l'avoir imaginé. Ma date remonte au moins au 15 juin 1800 (obs. 458), et je n'ai pas connaissance qu'un autre l'ait proposé avant moi.

On a opéré depuis, dans le même pays, en portant à travers l'iris un petit crochet, après

l'incision de la cornée, en tirant ensuite cette membrane hors de la chambre antérieure pour en emporter un petit lambeau avec des ciseaux. On a avoué en même temps que ce procédé ne pouvait pas être employé, quand l'iris était tendue et adhérente à la cornée : en effet, la portion tirée se romprait, plutôt que de sortir de la chambre antérieure.

On avait remarqué que l'iris ayant été détachée du ligament ciliaire, et la pupille s'étant fermée à la suite de cet accident, le malade avait vu par l'ouverture formée entre le bord externe de l'iris et le ligament ciliaire (t. III, p. 428).

La première fois que j'observai cet effet, il était dû à une vive percussion occasionnée par une fusée. Le malade voyait assez de cet œil pour se conduire. J'ai vu plusieurs fois, pendant l'opération de la cataracte, le cristallin opaque sortir en produisant un semblable décollement, et, dans quelques-uns de ces cas, la vue a subsisté par cette ouverture accidentelle.

Schmidt vit l'iris détachée par un coup de fouet; il trouva moyen, à-peu-près en même temps que Scarpa, de reproduire cet effet en employant une aiguille qui diffère peu de celle du célèbre chirurgien de Pavie. Il s'en servait dans les cas d'occlusion de la pupille, en perçant la sclérotique, traversant la chambre postérieure, et dirigeant son extrémité vers le bord interne de l'iris, de manière à ce que cette extrémité étant

courbée, la face concave fût tournée vers la face postérieure de l'iris, et la face convexe vers le cristallin, ou vers la membrane hyaloïde, si ce corps avait été extrait ou abaissé. La pointe de l'aiguille étant parvenue à un quart de ligne environ du cercle ciliaire, il la poussait à travers l'iris dans la chambre antérieure, où il la voyait à travers la cornée, et, par un mouvement qu'il imprimait au manche, il tirait l'iris vers la partie inférieure et postérieure du globe, et insistait jusqu'à ce que le grand bord de cette membrane lui parût suffisamment détaché du ligament ciliaire. Il retirait alors l'aiguille avec les mêmes précautions que l'on emploie pour la retirer après que l'on a déprimé le cristallin. Par cette méthode, les douleurs sont toujours très-vives au moment où l'on détache le bord de l'iris, à cause de la rupture des nerfs ciliaires. Les vaisseaux de l'iris donnent en même temps du sang, qui est ensuite repris par les vaisseaux absorbants.

Le procédé de Scarpa (1) est à-peu-près semblable : il a été publié presqu'en même temps que celui de Schmidt. Ce dernier avait commencé par ouvrir la cornée, partiellement staphylomateuse; puis il avait saisi l'iris vers son bord externe avec des pinces déliées, et l'avait détachée en la tirant. Je doute que le succès ait couronné

(1) Traité-pratique des Maladies des yeux, chap. XVI.

cette tentative. On a donné le nom de *coretotomia* à l'incision de l'iris, celui de *coretonectomia* à l'excision d'un petit lambeau de cette membrane, et celui de *coretodialysis* à l'opération par laquelle on sépare l'iris du ligament ciliaire. Cette dernière ne peut être tentée avec un espoir fondé, lorsque le cristallin est resté en place, soit transparent, soit opaque, ce qui est le plus ordinaire. Depuis que j'ai attiré l'attention sur l'opération de la pupille artificielle, en publiant ma méthode (1), on a beaucoup écrit à ce sujet, et on a essayé un très-grand nombre de procédés; je n'ai rien trouvé dans les écrits postérieurs au mien (tome III, page 426), qui m'ait donné la tentation de m'écarter de la marche que je me suis tracée, et j'ai la conviction que, dans les cas où elle ne m'a pas réussi, une autre méthode aurait également échoué. On rend aujourd'hui la vue à des aveugles qui étaient, avant l'époque où j'élevai la voix en leur faveur (t. III, page 430), dans un état si désespéré, qu'on ne songeait pas même à faire la moindre tentative pour les en tirer. Le premier auquel je fus assez heureux pour rendre la vue fut M. Sauvages, celui qui de tous peut-être présentait le moins d'espoir de succès. Lorsque j'ai opéré un œil à-peu-près aussi désorganisé que le sien, j'ai toujours trouvé

(1) Journal général de Médecine, etc. tome VIII, pages 321 à 330.

que le cristallin avait diminué d'étendue, et que les rayons de la lumière avaient pu, par conséquent, passer entre son bord et le ligament ciliaire. Quand la chambre antérieure et la cornée étant intactes, j'ai craint que le cristallin n'eût conservé son étendue naturelle, je l'ai extrait par l'ouverture faite à l'iris; mais je me suis toujours mieux trouvé de placer la pupille artificielle vers le grand bord de cette membrane que dans son centre. Dans les cas très-graves où il y a eu un commencement d'atrophie du globe, indiqué à-la-fois par une diminution du volume de la cornée et par une diminution de l'étendue de la chambre antérieure, on trouve peu de vestiges des procès ciliaires; et, lorsqu'ils subsistent dans leur intégrité, la portion correspondante à la pupille artificielle se trouve détruite avec la petite partie d'iris que l'on enlève, ou elle est suffisamment divisée, si on se contente d'opérer une simple division dans cette membrane.

Le procédé par lequel M. Faure a rendu la vue au nommé Rouvrais, qui était aveugle depuis six ans, ne s'écarte pas essentiellement du mien. Ce malade fut présenté à la Société de Médecine de Paris en avril 1814 (1). M. Faure a été obligé de placer son incision sur le bord d'un albugo très-étendu, pour ménager la partie de la cornée restée transparente. Après l'incision de cette mem-

---

(1) Voyez le Journal général de Médecine, etc.

brane, Il s'est contenté de diviser perpendiculairement les fibres radiées de l'iris, fort près de la sclérotique.

J'ai reçu beaucoup d'observations de pupilles artificielles; des praticiens qui ont employé ma méthode ont bien voulu me faire part des résultats qu'ils ont obtenus : parmi eux, M. Dumont, de la ville d'Eu, ayant appris que je me préparais à publier cet ouvrage, m'en a adressé plusieurs, avec invitation de les faire connaître. En voici un extrait.

Eu, 8 octobre 1817.

Observation sur une pupille artificielle pratiquée d'après le procédé communiqué à l'Institut par Antoine-Pierre Demours.

« Le nommé Pierre de La Haye, de la commune de Chapie, arrondissement d'Abbeville (Somme), me présenta son fils, âgé de seize ans, d'une bonne constitution, aveugle depuis l'âge de quatre ans, par suites d'ophtalmies accompagnées d'hypopions. L'œil droit était atrophié; la cornée du gauche, couverte de cicatrices, ne conservait de transparence que dans le tiers externe de son étendue.

« Le 10 juin 1801, le malade étant assis comme pour être opéré de la cataracte, je fis tout près de la sclérotique, à la partie de la cornée restée intacte, une incision de trois lignes environ de

longueur, avec un bistouri à cataracte. Je portai verticalement, à travers cette ouverture, des ciseaux à branches courbées très-déliées, tranchantes des deux côtés, dont l'une était plus courte que l'autre. Leurs pointes traversèrent l'iris. Ce premier mouvement exécuté, je fis faire à la branche supérieure, qui est la plus longue, un mouvement horizontal. Dans cette position, j'en rapprochai les branches, et, du même coup, je rescisai l'iris; j'obtins une pupille ovale, qui fut cachée par quelques gouttelettes de sang. On couvrit les paupières d'une bande et d'une compresse, et on les étuva matin et soir avec de l'eau tiède animée de quelques gouttes d'eau-de-vie. On fit une saignée trois heures après l'opération. Le neuvième jour, j'ouvris l'œil dans une demi-obscurité, et le malade vit les objets qui lui furent présentés. Le dix-huitième, il retourna chez lui, où il jouit encore du bénéfice de son opération. »

M. Dumont ajoute qu'en employant le même procédé, il a réussi à rendre la vue à la femme du nommé Hélot, de Bogéfroid, arrondissement de Neufchâtel; à la femme du sieur Bourdon, à Amiens; et au sieur Renard, maître maçon, à Eu. Ce dernier était aveugle à la suite d'ophtalmies occasionnées par l'action de la chaux vive; l'œil droit était atrophié, la cornée du gauche n'avait conservé de la transparence que vers l'angle interne, et la chambre antérieure n'existait qu'en

partie. M. Dumont termine en me rendant compte de deux cas de non-succès.

En lisant avec attention les observations de pupilles artificielles qui me sont propres, que j'ai tirées de mon Journal, et que l'on trouvera au chapitre IV de la section VIII du tome troisième, on aura, je crois, une idée de ce que l'on peut raisonnablement tenter, dans les cas d'occlusion de la pupille, pour former une ouverture dans l'iris; elles sont en petit nombre, parce que la plupart de celles que j'aurais pu ajouter, ont plus ou moins de rapport avec elles, et avec celles de M. Faure et de M. Dumont que je viens de citer. Il m'a semblé, dans la pratique, que ma méthode était applicable à tous les cas, tandis que celles de Guérin, de Janin, de M. de Wenzel, de Schmidt, de Scarpa, de Beer, et leurs modifications, ne peuvent être employées que dans certains cas donnés.

Je terminerai ce chapitre par une remarque importante; c'est que s'il reste une portion de vue qui suffise au malade pour se conduire, ou si on lui a procuré cet avantage par une première opération, on doit éviter de porter l'instrument dans l'œil, et ne tenter l'opération de la pupille artificielle que dans le cas d'une absolue nécessité.

FIN DU TOME PREMIER.